FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1902-1903 N° 137

LENTIGO MALIN
DES VIEILLARDS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 17 Juillet 1903

PAR

Pierre-Marie-Paul BOUSSION

Né à Castillonnès (Lot-et-Garonne), le 8 Octobre 1875

Examinateurs de la Thèse :	MM. LANELONGUE	professeur....	*Président.*
	BERGONIÉ	professeur....	*Juges.*
	DUBREUILH	agrégé.......	
	BÉGOUIN	agrégé.......	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI. — PAUL CASSIGNOL

91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1903

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1902-1903 N° 137

LENTIGO MALIN
DES VIEILLARDS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 17 Juillet 1903

PAR

Pierre-Marie-Paul BOUSSION

Né à Castillonnès (Lot-et-Garonne), le 8 Octobre 1875

Examinateurs de la Thèse :	MM. LANELONGUE	professeur....	*Président.*
	BERGONIÉ	professeur....	*Juges.*
	Dr BREUILH	agrégé........	
	BÉGOUIN	agrégé........	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI. — PAUL CASSIGNOL

91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1903

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. DE NABIAS, doyen — M. PITRES, doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. MICÉ, DUPUY, MOUSSOUS .... Professeurs honoraires.

	MM.		MM.
Clinique interne	PICOT. PITRES.	Chimie	BLAREZ.
Clinique externe	DEMONS. LANELONGUE.	Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.	Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	ARNOZAN.	Matière médicale	DE NABIAS
Médecine opératoire	MASSE.	Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique d'accouchements	LEFOUR.	Clinique ophtalmologique	BADAL.
Anatomie pathologique	COYNE.	Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.
Anatomie	CANNIEU	Clinique gynécologique	BOURSIER.
Anatomie générale et histologie	VIAULT.	Clinique médicale des maladies des enfants	A. MOUSSOUS
Physiologie	JOLYET.	Chimie biologique	DENIGÈS.
Hygiène	LAYET.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Médecine légale	MORACHE.	Pathologie exotique	LE DANTEC.
Physique biologique et électricité médicale	BERGONIÉ.		

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE *(Pathologie interne et Médecine légale.)*

MM. CASSAET, SABRAZÈS, HOBBS. | MM. MONGOUR, CABANNES.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	MM. DENUCÉ. BRAQUEHAYE CHAVANNAZ. BÉGOUIN.	Accouchements	MM. FIEUX. ANDERODIAS.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie	MM. GENTES. CAVALIÉ.	Physiologie	MM. PACHON
		Histoire naturelle	BEILLE

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie	MM. BENECH.	Pharmacie	M. DUPOUY.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires	POUSSON.
Maladies du larynx, des oreilles et du nez	MOURE.
Maladies mentales	REGIS.
Pathologie interne	RONDOT.
Pathologie externe	DENUCÉ.
Accouchements	ANDÉRODIAS.
Physiologie	PACHON.
Embryologie	PRINCETEAU
Ophtalmologie	LAGRANGE.
Hydrologie et Minéralogie	CARLES.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUBREUILH

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHARGÉ DE COURS DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

MÉDECIN DES HOPITAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR LANELONGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Avant de quitter la Faculté de Bordeaux pour entrer dans la pratique médicale, nous tenons à remercier du fond du cœur les maîtres éminents qui la composent; par leurs savantes leçons ou leurs bienveillants conseils, tous ont acquis des droits à notre reconnaissance; nous voulons la leur témoigner ici publiquement.

M. le Prof. Lanelongue, dont nous n'oublierons pas de si tôt les magistrales cliniques, nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse : nous le prions de bien vouloir agréer l'expression de notre respectueuse gratitude.

C'est à M. le Prof. agrégé Dubreuilh que nous devons l'idée de ce travail : comme tous ceux qui ont fréquenté son service, nous emporterons le meilleur souvenir d'un maître aussi aimable et aussi érudit; il ne nous a ménagé ni son temps, ni ses conseils, ni ses documents personnels : nous lui adressons nos plus vifs remerciements.

INTRODUCTION

Pendant un stage de quelques mois, trop courts à notre gré, à la Clinique dermatologique de M le Prof. agrégé W. Dubreuilh, il s'est présenté deux malades atteints d'une mélanodermie assez singulière. Il s'agissait de taches mélaniques déjà anciennes ayant évolué, après une marche lente et progressive, en tumeurs d'apparence fort maligne. Les cas de ce genre sont assez rares ; M. le Prof. W. Dubreuilh, qui en avait déjà recueilli quelques-uns, attira de suite notre attention sur cette forme de mélanose et nous confia tout spécialement la surveillance de ces deux sujets. Il nous fit abandon en même temps de plusieurs observations originales, nous fournissant ainsi une foule de documents pour notre thèse inaugurale. Nous lui en garderons une profonde reconnaissance.

Ce que nous avons surtout voulu mettre en lumière, c'est l'allure tout à fait spéciale de ces taches noires qui, sans constituer peut-être une entité morbide absolue, méritent cependant une description clinique à côté des autres groupes de tumeurs mélaniques.

Nous avons commencé par énumérer sommairement les auteurs qui ont étudié cette question et, après un rapide aperçu étiologique, nous nous sommes surtout appliqué à l'étude des deux ordres de lésions présentées par nos malades et à mettre en relief leurs caractères originaux.

Nous avons fait suivre cette description des observations sur lesquelles elle s'appuie.

En dehors des documents déjà cités, nos recherches biblio-

graphiques nous ont permis de grouper un certain nombre de faits intéressants en rapport avec le sujet qui nous occupe. Enfin, nous avons différencié cette affection de plusieurs dermatoses pigmentaires qui ont quelques points communs avec elle.

Nous avons dit un mot, en terminant, de son pronostic et du traitement qu'elle comporte à son début et à sa période terminale.

Et maintenant, il nous reste à signaler aux maîtres éminents qui jugeront ce travail et à tous ceux qui nous feront l'honneur de le lire que l'un des buts que nous nous proposions n'a pas été atteint.

Cette dénomination de « lentigo malin des vieillards » nous avait paru défectueuse, et nous aurions voulu lui substituer un terme plus heureux et plus exact. Cette affection, en effet, peut avoir certains points communs avec le lentigo ordinaire, mais les vulgaires taches de rousseur en sont cependant bien distinctes.

Malheureusement, ce terme, qui devait exprimer la réalité d'une façon parfaite, nous ne l'avons pas trouvé, ou du moins ceux que nous lui aurions substitué auraient eu le désavantage, en étant aussi impropres, d'être absolument inconnus. Et, somme toute, puisque Hutchinson l'a décrit sous ce nom dans ses *Archives de chirurgie*, après l'avoir appelé lentigo infectieux, et que le terme a été adopté depuis cette époque en France et à l'étranger, même dans les ouvrages classiques, nous avons cru pouvoir le maintenir en faisant quelques réserves et en signalant ses imperfections.

La question de terminologie n'est-elle pas d'ailleurs un peu secondaire?

HISTORIQUE

On connaissait déjà depuis fort longtemps les tumeurs mélaniques développées à la face ou sur la conjonctive, et on savait fort bien aussi que les nœvi de ces régions, comme d'ailleurs ceux des autres parties du corps, donnent souvent naissance à des néoplasmes. Mais c'est tout récemment, et en particulier depuis une dizaine d'années, qu'on a approfondi l'étude des tumeurs malignes succédant à une pigmentation non congénitale du visage. Cette question a été traitée pour la première fois en détail par Hutchinson; l'observation d'un certain nombre de sujets lui a permis de déterminer les principaux caractères de cette affection, et d'en décrire assez complètement les diverses phases. Il suffit donc, en réalité, de parcourir les publications médicales parues depuis 1892 pour réunir les quelques cas authentiques de cette forme de mélanose qui ont pu être observés jusqu'à nos jours.

C'est par là que nous avons commencé.

Mais, antérieurement à Hutchinson, nous avons rencontré dans les divers recueils scientifiques un certain nombre de faits que nous avons cru pouvoir publier aussi. Nous les donnons cependant sous réserve: les uns ne sont pas accompagnés d'examen microscopique; d'autres, n'ont donné lieu à aucun diagnostic ou ont reçu différentes dénominations. Parmi eux, nous avons choisi tous ceux qui mettent en lumière divers symptômes caractéristiques retrouvés dans nos observations personnelles, et il nous a paru intéressant de les reproduire. C'est ainsi qu'en 1872, Fano rapporte en

détail un cas de mélanose conjonctivale suivie d'une tumeur très maligne qui récidiva après extirpation. Des cas à peu près analogues furent observés peu après par Panas, de Wecker, John Williams et Baumgarten.

Dans leurs thèses inaugurales, Thou et Bimsenstein réunirent la plupart des faits connus. Tous concernent les tumeurs mélaniques de la conjonctive, mais parmi eux nous n'avons rapporté que ceux dont les symptômes cadrent avec notre description.

Il faut d'ailleurs arriver en 1888 pour trouver un cas tout à fait typique de tache noire du visage ayant donné lieu à une tumeur après une très longue période de bénignité.

Le docteur Henri Lamarque signala à la Société d'Anatomie de Bordeaux une foule de particularités intéressantes, et notamment les déplacements de cette pigmentation, rendus très manifestes par des dessins successifs.

La première communication vraiment importante date de 1892 et elle est due à Hutchinson. D'abord à la Société de médecine de Londres, puis au Congrès de Vienne, cet éminent praticien entreprit une véritable description, basée sur sept observations personnelles, de taches mélaniques de la face et des paupières suivies de tumeurs malignes. L'étude de ces pigmentations était rendue facile par des dessins à l'aquarelle, reproduisant leur teinte et leur aspect général. Hutchinson rapprocha ses propres dessins d'une aquarelle du Museum de Paris et de deux photographies à peu près analogues de ses collègues les professeurs Billroth et Villette. Il conclut à une forme spéciale de mélanose, et pour bien marquer son importance et la distinguer du lentigo vulgaire, il la désigna sous le nom de « lentigo infectieux des vieillards ».

L'année suivante, W. Dubreuilh présenta à la Société de Médecine de Bordeaux un malade tout à fait semblable à ceux d'Hutchinson et peu après il apporta à la Société française de dermatologie deux autres observations inédites. Après avoir complété la description de cette affection, il

s'attacha surtout à la différencier du xéroderma pigmentosum, très étudié à ce moment-là par le professeur Quinquaud (de Paris), sous la dénomination de lentigo épithéliomateux et qui aurait pu donner lieu à une confusion.

A la Société Berlinoise de Dermatologie, Lassar et Meissner se sont occupés de la question surtout au point de vue d'une intervention possible.

Depuis cette époque jusqu'à nos jours, les cas de lentigo malin ne se sont pas multipliés outre mesure.

1900. Cependant le docteur Fromaget qui déjà en 1895 avait été frappé de l'évolution toute particulière d'une tumeur mélanique de la conjonctive, chez un de ses malades, publia un autre cas très remarquable à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux. Il s'agissait d'une tache ardoisée de la conjonctive suivie de tumeurs, au nombre de 8, enlevées par le professeur Lagrange. Cette observation étant reproduite plus loin dans tous ses détails, nous dispense d'autres commentaires.

A la même séance, le professeur Demons cita le cas à peu près analogue de taches pigmentaires, mais cette fois congénitales, suivies de tumeurs à évolution rapide.

On possédait déjà un nombre suffisant de faits pour consacrer d'une manière définitive la communication de Hutchinson. Aussi les derniers traités de dermatologie assignent-ils désormais à cette affection une place spéciale. Gaucher dans ses cliniques de l'hôpital Saint-Louis et ensuite dans ses ouvrages l'a décrit comme une forme particulière distincte des autres dermatoses pigmentaires.

On lui donne indifféremment le nom de *lentigo infectieux* ou *lentigo malin*.

Plus récemment, le *Traité de Dermatologie* de Brocq et Besnier, paru en 1902, accorde aussi à cette affection un chapitre spécial dû à J. Darier.

Dans le courant de cette année, ainsi que nous le disions plus haut, plusieurs cas nouveaux se sont présentés à la Clinique dermatologique de Bordeaux.

Notre maître le professeur W. Dubreuilh a bien voulu nous les communiquer : il nous a même chargé personnellement de l'observation de deux d'entre eux. Les circonstances ne nous ont pas permis de faire l'examen histologique de leurs lésions, et nous le regrettons vivement.

En revanche, nous les avons suivis de près pendant quelques mois, l'un d'eux même jusqu'au moment où notre modeste travail était remis à l'impression. Aussi nous sommes-nous attaché surtout à reproduire fidèlement les divers phénomènes de leur évolution dans l'ordre où ils se sont déroulés sous nos yeux. A notre connaissance, cette étude d'ensemble n'avait jamais été présentée.

ÉTIOLOGIE

Nous ne sommes guère plus avancés qu'il y a vingt ans au sujet de la nature et de l'origine des tumeurs mélaniques. Pour le lentigo malin en particulier, la plupart des auteurs qui l'ont étudié en sont réduits aux conjectures, et dans les observations publiées il est impossible de trouver une notion quelconque des causes qui ont pu influer sur l'apparition et le développement de ces tumeurs.

En ce qui concerne les causes efficientes, on a incriminé avec quelque apparence de raison le traumatisme.

D'après le professeur Lagrange, il n'est pas rare de constater son rôle efficace dans le développement des néoplasmes en général. Tous les chirurgiens savent bien que les tumeurs du sein et du testicule relèvent de cette étiologie ; encore faut-il tenir compte de la tendance constante et souvent exagérée qu'ont les malades à attribuer à leur tumeur une origine souvent fantaisiste.

Pour le professeur Lagrange, il serait exceptionnel de voir une tumeur mélanique succéder à une contusion ; il en cite cependant un cas où cette origine paraît acceptable. Dor a décrit aussi une tache pigmentaire ayant envahi toute la cornée à la suite d'un choc violent. Nous avons noté plusieurs autres cas assez douteux. Dans l'un d'eux, Bænziger place à l'origine une conjonctivite printanière. Ce qui paraît certain, c'est que le traumatisme n'a pu être mis en cause dans la majorité des cas.

Les causes occasionnelles et les conditions inhérentes au sujet sont plus faciles à étudier. D'abord, comme l'indique son

nom, cette affection apparait presque toujours chez le vieillard, ou tout au moins chez l'adulte. Une fois cependant W. Dubreuilh l'a vu débuter à l'âge de dix-huit ans (Obs. XVI) et Lustgarten à vingt-cinq ans, mais cela paraît tout à fait exceptionnel. La plupart des malades sont venus se consulter à un âge avancé, entre soixante et soixante-dix ans, et même en admettant que le début de leur mal fût antérieur d'une dizaine d'années on peut voir que ce début s'est presque toujours produit aux environs de soixante ans.

En ce qui concerne le sexe, le dépouillement de nos observations a donné une proportion un peu plus forte pour les femmes (16 contre 12), trop peu importante pour qu'il y ait lieu d'en tenir compte.

Clavelier avait étudié sous des noms divers les pigmentations anormales de la conjonctive, il avait même noté leur distribution géographique, mais cela ne peut s'appliquer à une affection aussi rare que celle que nous étudions. Il n'y a rien à dire non plus des professions, car les soins les plus minutieux du visage n'en excluent pas la fréquence dans les classes élevées.

L'hérédité ne s'est manifestée à nous dans aucun cas; il n'y a pas davantage d'exemple de contagion. Nous avons donc pu conclure qu'en fait d'étiologie on ne peut guère songer qu'au traumatisme.

DESCRIPTION GÉNÉRALE. MARCHE ÉVOLUTION

En quelques mots, Hutchinson a résumé la marche de cette affection ; nous ne saurions mieux faire que de le citer ici à peu près textuellement, et nous accompagnerons sa courte description des commentaires que quelques-unes de nos observations nous ont suggérés.

« *Ce sont d'abord, écrivait-il, de véritables taches de rousseur, telles qu'on en observe chez les personnes âgées, mais de teinte beaucoup plus foncée : on les voit s'étendre et évoluer lentement; en dernier lieu se montre dans leur voisinage une tumeur parfois pigmentée, et dont l'évolution rapide et la tendance à l'ulcération révèlent la nature maligne.* »

Il y a donc à notèr dans cette évolution deux périodes bien distinctes :

1o *Une période de début*, essentiellement latente, caractérisée par l'apparition d'une *tache mélanique.*

2o *Une période terminale* dans laquelle se développe *une tumeur* plus ou moins maligne.

La tache mélanique ne manque jamais; elle est tout à fait caractéristique. Quant à la tumeur, elle fait au contraire souvent défaut, ou du moins la très longue durée de la maladie empêche souvent de l'observer.

Nous allons suivre en détail la marche de ces deux ordres de phénomènes.

Le point de départ est donc une tache noire unique, ou entourée d'un groupe de macules, à début silencieux; elle

passe même souvent inaperçue pendant longtemps et c'est presque toujours le hasard qui attire sur elle l'attention. Nous allons examiner successivement son siège et ses diverses caractéristiques. Il n'est pas douteux qu'elle a une prédilection bien marquée pour la face, où elle siège plus volontiers au voisinage des orifices naturels, aux joues, aux ailes du nez, aux paupières. Elle se rencontre fréquemment aussi sur les muqueuses, la cornée et la conjonctive. Nous avons relevé ces divers ordres de fréquence dans les observations que nous avons sous les yeux.

Sur dix cas, Hutchinson l'a rencontrée quatre fois aux paupières, trois fois sur la joue, et deux fois seulement sur les ailes du nez. Dans un cas, elle occupait un peu toutes les parties de la face et se rencontrait en même temps sur le cou, les épaules et même la jambe.

Les faits rapportés par les autres auteurs paraissent confirmer ce degré de fréquence. W. Dubreuilh sur cinq malades l'a vue deux fois aux pommettes, une fois à la paupière, dans l'œil et sur le dos du nez. Il est donc établi qu'il y a prédominance marquée pour la face et la conjonctive. Une fois seulement nous l'avons observée au creux de l'aisselle, mais cela paraît exceptionnel. Chez une dame dont l'observation n'a pu être retrouvée et qui s'est présentée en 1900 à la Clinique dermatologique de Bordeaux, la tache siégeait à la tempe droite.

Il est difficile d'affirmer une plus grande fréquence sur un côté du visage. Hutchinson l'a toujours rencontrée à droite : W. Dubreuilh, au contraire, toujours à gauche : les autres faits ne tranchent la question en faveur d'aucun côté. La pigmentation est rarement symétrique, quelquefois cependant ; lorsqu'elle atteint la conjonctive, elle est toujours monoculaire.

Les diverses caractéristiques de ces taches pigmentaires sont relatives à leur mode d'apparition, à leur nombre, à leur volume, leur forme, leur couleur et surtout à la manière dont elles évoluent.

Cette pigmentation, comme nous l'avons déjà dit, apparaît sournoisement sur une des parties du visage, telle un nœvus non congénital, avec lequel d'ailleurs elle est souvent confondue au début.

Elle peut être unique, mais le plus souvent elle est entourée d'autres taches plus petites qui sont alors confluentes et agglomérées en plaques plus ou moins considérables, séparées les unes des autres par des espaces de peau saine.

Un des meilleurs exemples de tache unique nous est fourni par le malade de Lamarque: elle occupait le bord libre de la paupière inférieure. Dans l'Observation XVIII il n'y a aussi qu'une seule tache sur le dos du nez, qui a fait l'objet pour d'autres particularités d'une planche spéciale.

Par ce qui précède, on peut voir que le volume de ces taches doit être très variable, puisqu'on trouve presque toujours une macule principale et autour d'elle des macules plus petites.

La tache principale débute soit avec son volume définitif, soit par un petit point noir imperceptible qui se développe lentement pendant des années pour atteindre le volume d'une pièce de 50 centimes. C'est la moyenne ordinaire chez les malades d'Hutchinson : environ de 1 à 2 centimètres de diamètre. Mais il n'est pas rare d'en rencontrer de plus étendues. Chez un de nos malades (Obs. I) elle occupait une surface égale à celle d'un timbre-poste ; chez l'autre, à peine celle d'une lentille (Obs. II). W. Dubreuilh l'a évaluée à la largeur d'une pièce de 5 francs (Obs. XVI et XIX) dans deux cas. Sur la conjonctive, la pigmentation a généralement des dimensions plus restreintes, puisqu'on l'a comparée à des têtes d'épingle, à des grains de mil, à un pois chiche. Fromaget l'a vue cependant envahir toute la conjonctive (Obs. III).

Ces taches présentent une coloration toujours foncée au début et qui varie du brun sépia au noir très accentué: on les a assez heureusement comparées à des taches d'encre de Chine ou de nitrate d'argent. Chez nos deux malades, la teinte était peut-être encore plus foncée, principalement dans

l'Observation II. Une même macule n'est pas toujours uniformément colorée : à distance, on distingue à sa surface des sortes de marbrures et des teintes qui vont en s'atténuant de dehors en dedans, ou au contraire du centre à la périphérie.

C'est la conséquence d'une particularité intéressante signalée par Hutchinson, mise en lumière par de nombreux faits et que nous avons pu vérifier nous-même sur un des malades de M. W. Dubreuilh. Nous voulons parler de la tendance qu'ont ces macules à changer de coloration, de forme, d'étendue et même de place.

En les suivant de près pendant quelques années ou même pendant quelques mois seulement, on peut voir ces taches présenter toutes sortes de modifications. A ce point de vue là, l'observation de Lamarque est bien édifiante.

Il a décrit avec grand soin une macule à accroissement irrégulier et lent ; il l'a vue avancer dans un sens, se retirer au contraire sur d'autres points. A un moment donné, elle affecta un aspect bizarre, rappelant assez bien une forme humaine et faisant croire à un sortilège.

Un dessin souvent reproduit depuis rendait manifestes ces décolorations successives. Nous y renvoyons le lecteur.

L'observation suivante empruntée à Hutchinson met aussi en évidence la migration des taches sur les divers points de la face, et leur extension possible de la paupière à la conjonctive bulbaire.

Observation (XVII)

(Hutchinson, *Archives of Surgery*, t. III.)

Mme P..., âgée de soixante ans.

Chez elle, la pigmentation mélanique est très nettement envahissante ; elle occupait en effet primitivement la peau de la paupière inférieure, et elle a gagné consécutivement les conjonctives, palpébrale et même oculaire. Cette conjonctive n'est presque pas épaissie, mais la muqueuse présente une coloration brun foncé. Elle n'est pas noir sépia comme sur la

peau de la paupière. La tache pigmentée atteint très nettement la partie inférieure de l'arc sénile. Ce qu'il y a de vraiment remarquable, c'est que depuis deux ans que je surveille l'évolution de la maladie, j'ai pu constater que les taches ont suivi une marche envahissante mais sans tendance aucune à se transformer en tumeur ni ulcération.

Chez un autre vieillard, j'ai observé un cas analogue, mais cette fois avec une poussée épithéliomateuse. Après excision, je n'ai constaté depuis trois ans aucune récidive, ni au niveau de la cicatrice, ni dans les ganglions.

Nous-même avons pu noter dans plusieurs observations des variations assez sensibles et tandis que dans quelques cas ces taches avaient persisté pendant vingt ans et plus sans changement notable, dans d'autres que nous avons pu suivre chaque jour, ou revoir après d'assez courts intervalles, nous les avons vu s'agrandir d'un côté, rétrocéder de l'autre, se déplacer totalement. Chez le malade qui fait l'objet de l'Observation XVIII, une tache à cheval sur le dos et les ailes du nez a complètement disparu au bout de deux ans pendant qu'une autre commençait à se développer sur la conjonctive.

Observation (XVIII)

(Communiquée par M. le Prof. agrégé W. Dubreuilh.)

M. M..., âgée de quarante-neuf ans, cultivatrice.

Les parents de la malade n'ont jamais rien présenté à la figure. Pas de maladie antérieure. Début il y a une douzaine d'années par une petite tache café au lait au niveau du lobule du nez. La tache s'est agrandie assez lentement; elle occupe actuellement l'étendue de 3 cent. 1/2 de long sur 2 cent. 1/2 de large, absolument à cheval sur le nez, s'arrêtant en bas à la moitié du lobule, en haut à 2 centimètres de la racine du nez, et sur le côté jusqu'au niveau de l'aile qu'elle déborde un peu du côté droit. Sur cette région existe une tache à bords irréguliers, circinés, bien limités, n'ayant pas une teinte uniforme. Elle est composée de deux teintes, l'une brun clair, l'autre brun foncé; les deux colora-

tions sont irrégulièrement réparties, mais la teinte brun foncé domine sous forme de taches irrégulières occupant presque toute l'étendue de la lésion, virant au noir dans certains points. Cette tache recouvre et masque complètement la couleur de la peau, sauf vers le milieu où il existe un petit îlot irrégulier, étoilé, de 2 millimètres de large. Sur toute la surface de la plaque, on remarque une dilatation un peu accusée des orifices glanduleux d'où l'on peut faire sourdre par la pression un peu de graisse. On remarque aussi sur toute l'étendue un certain nombre de poils, mais tout le visage est couvert d'un fin duvet. La lésion est simplement maculeuse, on ne trouve aucune saillie appréciable à la vue ni au toucher. L'apparence de relief tient simplement à la répartition irrégulière des tons clairs et foncés.

L'épiderme de la surface est lisse, paraît normal quoique un peu écailleux par place. Pas de douleur à la pression, pas de douleur spontanée. Pas de ganglions. Il existe un état achromateux des paupières. La malade habite la campagne et s'y livre aux travaux des champs.

Nous avons revu la malade en juin 1903. La tache qui occupait les ailes du nez et que nous venons de décrire a complètement disparu. Il n'en reste aucune trace : la peau du nez est tout à fait saine. Mais en examinant attentivement l'œil droit on y découvre, du côté de l'angle interne, une petite tache brunâtre, assez bien circonscrite, de forme triangulaire, touchant par son sommet l'extrémité inférieure du rebord cornéen et par sa base le cul-de-sac inférieur de la conjonctive.

Il est impossible de noter aucune autre altération, la conjonctive n'est nullement modifiée. La cornée paraît lisse et bien polie. Aucune douleur ne se manifeste. La femme que nous examinons n'a absolument rien remarqué d'anormal dans cet œil. L'acuité visuelle paraît normale et les autres milieux de l'œil sont intacts. Les mouvements des paupières et du globe oculaire ne sont nullement entravés.

Nota. — La photographie de la malade ayant été prise par M. W. Dubreuilh, lors de sa première consultation, nous pouvons la placer sous les yeux du lecteur en regard de sa photographie actuelle.

Jusqu'ici nous n'avons pas noté de symptômes fonctionnels : ils font totalement défaut au début de cette affec



Fig. I. — Montre une légère tache noire très apparente sur le dos et les ailes du nez. (*Photographiée en mars 1901 à la Clinique dermat. de Bordeaux.*)



Fig. II. — La pigmentation a complètement disparu, mais une nouvelle tache de même nature se voit à l'angle de l'œil droit. (*Photographiée en juin 1903.*)

tion. La plaque pigmentaire s'accroît avec une très grande lenteur, sans déterminer la plus légère démangeaison ; elle n'inspire pas la moindre défiance au sujet qui en est atteint. Des mois, des années peuvent ainsi s'écouler sans que rien fasse prévoir une évolution cancéreuse.

Cette période de bénignité n'a pas été délimitée d'une manière bien absolue. Hutchinson l'évaluait approximativement à une dizaine d'années, c'est à peu près la moyenne que fournissent ses malades. Cette période est moindre dans les Observations IV, V, IX, X, XII. Elle s'élève, au contraire, dans la plupart des autres cas, de dix à quinze ans (Obs. I, II, III, XV, XVII, XVIII), à vingt ans (Obs. VII, cas assez douteux), et jusqu'à vingt-cinq et trente ans chez plusieurs autres malades (Obs. VI, VIII, XVI).

Elle est souvent indéterminée parce que le point de départ échappe au malade (Obs. XI, XIII, XIV).

Il paraît même certain que la pigmentation peut constituer à elle seule toute la maladie et qu'elle ne donne lieu à la production d'aucune tumeur.

On pourrait objecter à cela que les malades ont été perdus de vue, ou que, par suite de cette longue période qui atteint jusqu'à trente années, les sujets ont succombé à une autre affection avant que la période de malignité ne se soit déclarée. Ce qu'il y a de sûr, c'est que les auteurs qui ont traité cette question, depuis Hutchinson jusqu'à nos jours, admettent une forme uniquement pigmentaire, et que cette opinion s'appuie sur une statistique favorable.

Sur les 28 observations que nous avons rapportées, on peut, en effet, noter 11 cas sans tumeur et 17 avec tumeur, ce qui établit une proportion sensiblement égale.

Nous voici donc arrivé à la deuxième période de l'affection où la tache fait place à une tumeur.

C'est quelquefois une simple saillie noirâtre qui s'étend assez rapidement avec des tendances à s'ulcérer, formant une petite élevure à peine appréciable; ou bien ce sont des tumeurs qui apparaissent sur la tache même *et le plus géné-*

ralement dans son voisinage. Il est à noter que la tumeur peut être distante de la tache de plusieurs centimètres.

Son volume est souvent comparable à celui d'un pois chiche ou d'une noisette; nous l'avons vu atteindre chez la malade de l'Observation I les dimensions d'une mandarine et même d'une orange, mais c'est tout à fait l'exception.

Cette tumeur n'est pas toujours unique, on en a compté jusqu'à huit autour d'une tache noire de la conjonctive. On voit alors auprès d'une tumeur principale des tumeurs multiples, de volume généralement un peu inférieur. Au début, ces tumeurs sont peu volumineuses, difficiles à mobiliser et assez consistantes ; quelquefois on en trouve d'élastiques et même de rénitentes, au début surtout. A ce moment-là, elles ne sont le siège d'aucune douleur, et le hasard seul les fait découvrir; mais leur évolution ne tarde pas à s'accentuer et à prendre des allures tout à fait malignes. Les dimensions, après être restées longtemps les mêmes, se mettent tout d'un coup à augmenter très rapidement.

Quelquefois on voit s'excorier une de ces tumeurs, rarement, d'après Hutchinson ; l'ulcération qui en résulte serait plutôt le résultat de frottements continuels, car elles siègent surtout dans des parties qui y sont assez exposées.

Dans quelques cas, on a affaire à une tumeur mélanique, mais en pratiquant une coupe on est surpris souvent de ne rencontrer aucun pigment. La proportion des tumeurs pigmentées n'a pas été recherchée faute d'un nombre suffisant d'examens microscopiques. Dans les deux cas, la gravité paraît être sensiblement la même.

Dans le chapitre réservé au traitement, nous nous réservons de dire ce qui peut être tenté pour entraver la marche de cette affection. Sans anticiper, on peut dire cependant qu'elle a le plus souvent une allure très maligne. Après extirpation, ses récidives sont fréquentes, même au début; il semble même qu'elles présentent un caractère croissant de malignité, et W. Dubreuilh a pu citer un cas où la coloration mélanique qui manquait dans la première tumeur s'accusait

fortement dans les récidives (Obs. VII). La première tumeur ayant été extirpée, une seconde apparut, non pas à sa place, mais dans le voisinage et assez loin de la cicatrice. On peut donc dire qu'on se trouvait en présence de tumeurs distinctes et successivement développées plutôt que d'une simple récidive. Ce fait a d'ailleurs été vu d'autres fois.

Au début et pendant même assez longtemps les ganglions restent indemnes. Mais, lorsque la tumeur a évolué et que son volume s'est accru sensiblement, il vient un moment où les phénomènes s'aggravent beaucoup. La douleur et les troubles fonctionnels apparaissent et s'accompagnent d'inflammation locale avec retentissement ganglionnaire. C'est la dernière période qui aboutit très vite à une terminaison fatale. Nous avons pu l'observer chez notre première malade (Obs. I). En quelques semaines, sa tumeur, grosse comme un œuf, atteignit le volume d'une orange et elle succomba très rapidement avec tous les symptômes ultimes de la cachexie cancéreuse.

Quant au second malade, il n'était que temps de l'opérer, du moins avec quelques chances de succès, car les lymphatiques si nombreux dans la région du cou commençaient à être envahis, et c'est là le dernier délai d'un pronostic encore un peu favorable.

Dans le cours de notre description, nous avons parlé à plusieurs reprises d'une localisation oculaire du lentigo malin chez les vieillards. Cette forme est trop semblable aux accidents cutanés de la face et des paupières pour qu'il soit nécessaire d'en tracer de nouveau l'évolution. Notons cependant quelques particularités bonnes à signaler.

La pigmentation siège de préférence à l'angle interne de l'œil, sur la conjonctive bulbaire et en particulier au niveau du limbe scléro-cornéen et sur la caroncule. Elle n'est pas rare au bord ciliaire et à la conjonctive palpébrale. Comme nous l'avons déjà fait remarquer, la lésion de la face peut envahir l'œil, de même que la pigmentation peut s'étendre

de la conjonctive bulbaire aux paupières et jusqu'à la joue. Les taches qui affectent l'œil sont de teinte très foncée, plus petites et peut-être aussi plus régulières ; leur évolution ne diffère en rien de celles de la peau. C'est le même début lent et insidieux, avec une longue période de bénignité pendant laquelle il n'y a aucune douleur et aucun trouble fonctionnel. On a pu noter cependant dans un ou deux cas quelques picotements dus à une conjonctivite légère.

Toujours comme sur la face, la période de bénignité persiste de longues années ou même indéfiniment. Le plus souvent elle donne naissance à une tumeur qui s'accroît rapidement et ne tarde pas à gêner l'occlusion des paupières. Elle peut être pédiculée ou même implantée dans l'épaisseur de la conjonctive. En tous cas, elle adhère intimement à sa base d'implantation. Elle récidive presque toujours après l'intervention. En somme, l'envahissement de la conjonctive rappelle exactement celui de la joue et du nez. Ce ne sont en réalité que des variétés ou plutôt des localisations différentes d'une même affection.

OBSERVATIONS

Parmi les faits que nous avons pu recueillir, il nous a paru nécessaire d'établir une distinction entre ceux qui ont présenté la dégénérescence cancéreuse et ceux qui sont restés indéfiniment bénins, à l'état de simple tache noire.

Nous avons réuni dans un premier groupe, tous les cas qui ont été suivis de tumeur et qui sont au nombre de 17. Ceux où l'on n'a observé qu'une anomalie de pigmentation viennent ensuite.

PREMIER GROUPE

Taches mélaniques suivies de tumeurs malignes.

Observation I (Personnelle).

M. D..., âgée de soixante-sept ans, ménagère, vient à la Clinique dermatologique le 17 novembre 1902. Elle se plaint de vives douleurs dans l'aisselle droite.

Pas d'antécédents héréditaires.

Elle-même n'a jamais été malade.

Début. — Il est assez difficile de remonter à l'origine de son mal ; elle s'observe peu naturellement. Elle a bien remarqué sous le bras droit des taches noirâtres occupant le creux de l'aisselle, mais elle ne peut fixer la date de leur apparition. C'est d'ailleurs une région peu accessible à ses regards.

Depuis fort longtemps, elle a remarqué ces taches, mais n'en éprouvant pas de gêne, elle n'y attachait aucune importance.

Pressée de questions, elle croit pouvoir faire remonter au moins à une dizaine d'années la première apparition de cette pigmentation anormale.

Il faut également renoncer à connaître la date d'apparition de la tuméfaction qui accompagne ces taches. Ce qui nous paraît certain, c'est que la pigmentation remonte fort loin (dix ans au moins) ; à peine appréciable au début, elle est devenue très apparente dans la suite ; la tuméfaction voisine ne lui est que de beaucoup postérieure et enfin jusqu'à ces derniers temps aucune réaction iuflammatoire n'avait accompagné ces diverses manifestations.

Histoire de la maladie. — Il y a à peu près un mois, vers le 15 octobre, à la suite d'une chute et d'une légère contusion du côté droit, cette femme ressentit une douleur assez vive au membre supérieur droit qui commença à se tuméfier. Aucune lésion grave cependant, pas de luxation, pas de fracture. Elle fit, sans succès d'ailleurs, quelques applications de teinture d'iode. La douleur persistait, s'irradiait dans le bras tout entier et paraissait hors de proportion avec le peu d'importance du traumatisme. C'est alors seulement que son attention fut attirée dans le creux de l'aisselle sur la tache noire dont jusque là elle avait à peine eu conscience et qui semblait être devenue le siège de sa souffrance. C'est sur ce point de plus en plus douloureux qu'elle attire notre attention.

Etat actuel. — Nous sommes immédiatement frappé : 1° par la pigmentation anormale de la peau ; 2° par la tuméfaction sous-jacente ; 3° par la rougeur diffuse de toute la région.

1° *La pigmentation* siège à peu près à la partie médiane du creux axillaire. Elle est constituée par des macules noires que la malade avait prises pour des nœvi et dont elle ne s'inquiétait pas. En réalité, ces macules forment deux groupes. Tout à fait au centre du creux axillaire, quatre taches rapprochées les unes des autres et ajustées pour ainsi dire bout à bout décrivent assez bien une circonférence noirâtre dont le centre est occupé par une peau de coloration à peu près normale. Ces taches sont larges de 1 centimètre environ et longues de 2 à 3 centimètres. Un peu en dedans de ce premier groupe on peut voir une autre macule, isolée, de la grandeur d'un timbre ordinaire, à contours très irréguliers. Dans le premier groupe, les taches disposées en cercle entourent

une peau un peu achromateuse et d'aspect légèrement atrophique, ce qui laisse supposer que la macule s'est étendue excentriquement, laissant une certaine atrophie cutanée dans les points qu'elle a abandonnés. En un point de ce cercle pigmenté existe une petite saillie moins large qu'une lentille, sans induration superficielle ni aucune infiltration sous-jacente. Sur la deuxième tache isolée, on remarque qu'un des bords est plus foncé, tranchant sur la peau saine. Vers l'autre bord, la teinte va en se dégradant, comme si la tache progressait par son bord le plus foncé : la peau ne présente cependant aucune atrophie. En aucun point ces taches ne donnent l'impression d'un néoplasme. Elles sont constituées par une simple pigmentation; sans saillie, ni épaississement de la peau, et la seule altération de l'épiderme est le changement de couleur. Comme nous l'avons dit plus haut, cette coloration varie depuis le brun grisâtre jusqu'au noir le plus foncé. Certaines parties rappellent assez bien des taches d'encre de Chine ; d'autres paraissent flétries, décolorées, laissant une teinte rappelant plutôt l'attouchement du nitrate d'argent. Les limites de ces macules sont frangées, irrégulières, et bien que la malade ne puisse pas affirmer d'une façon certaine qu'elles ont changé de forme, de place et d'étendue, il paraît évident qu'elles se sont beaucoup accru, depuis un mois surtout, date de sa chute. D'ailleurs, toute la gamme de teintes variées qui s'y rencontrent indique bien qu'elles ont dû changer plusieurs fois de siège et de volume.

Tumeur. — Au voisinage de ces macules, la paroi antérieure de l'aisselle fait saillie en avant ; on trouve là une tumeur du volume d'une mandarine, globuleuse, un peu empâtée au toucher et mobilisable quoique assez difficilement sur les parties profondes. La plus grande partie de la tumeur plonge dans la couche cellulo-graisseuse de la région, disparaît sous le bord externe du muscle grand pectoral et repose en partie sur le grand dentelé et la paroi thoracique et interne du creux axillaire. La tumeur est unique et présente une surface lisse, et les ganglions si nombreux de cette région paraissent peu engorgés.

La palpation est douloureuse ; elle réveille des élancements intolérables dans tout le membre. La santé générale paraît satisfaisante et les forces bien conservées. Aucun traitement sérieux n'a été suivi par la malade, sauf quelques applications de teinture d'iode qui ont un peu masqué la coloration naturelle de cette région et provoqué la rougeur et l'inflammation de la peau dans tout le creux axillaire.

D'ailleurs, la malade refuse d'entrer à l'hôpital pour se faire opérer ; nous devons nous borner à lui prescrire une pommade boriquée pour adoucir l'inflammation cutanée et à l'engager vivement à revenir à la Clinique.

A partir de ce moment, nous n'avons pu suivre comme nous l'aurions voulu, l'évolution de son mal.

Le 24 novembre, c'est-à-dire huit jours après, son état s'est quelque peu aggravé. Les macules n'ont pas varié sensiblement, mais la tumeur est un peu plus volumineuse et aussi un peu plus dure. Les douleurs sont devenues très vives et presque continues. Au point le plus saillant de la tumeur, la peau est très rouge, luisante, très enflammée. Malgré nos instances réitérées, la malade veut encore attendre pour se faire opérer.

Le 30 novembre, elle se décide enfin à entrer à l'hôpital. Il est malheureusement trop tard, car toute intervention est devenue inutile et même dangereuse.

Les douleurs sont de plus en plus violentes et empêchent tout travail. La tumeur atteint presque le volume d'une orange. La plus grande partie plonge sous le rebord du grand pectoral qui contribue à la fixer, surtout quand le bras se trouve en extension. Toute la région, rouge, chaude et douloureuse, présente un empâtement considérable ; il y a de l'engorgement ganglionnaire. Mais ce qui nous frappe le plus, c'est une généralisation cutanée avancée. Autour de la tumeur, plusieurs nodosités arrondies, bien circonscrites, rénitentes, du volume d'une noisette, glissent sous la peau à la simple pression. D'autres nodosités à peu près analogues sont situées un peu plus profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Bien que l'état général ne soit pas encore trop mauvais, on écarte toute idée d'intervention et on ne tarde pas à la renvoyer chez elle. A partir de ce moment, l'affection a évolué avec une rapidité véritablement effrayante, et qui même a surpris ceux qui en avaient suivi les diverses phases.

En effet, quelques jours après, vers le 20 décembre et sans que nous ayons pu revoir la malade, nous apprenons qu'elle a succombé après une semaine d'horribles souffrances. Son corps entra de suite en décomposition et l'on dut l'inhumer immédiatement. Nous n'avons donc pas pu revoir les lésions sur le cadavre.

Observation II (Personnelle).

J. F..., est âgé de soixante-sept ans ; il a toujours eu très bonne santé et ses parents sont morts à un âge avancé : il nous signale cependant un de ses cousins germains qui avait une tumeur de l'aisselle et vient de mourir récemment. Il se présente pour la première fois à la Clinique dermatologique le 4 janvier 1903.

Il a remarqué depuis une dizaine d'années, à la suite d'un choc reçu sur la joue droite, une tache noire, grosse comme une lentille. Cette tache s'est un peu étendue depuis cette époque, mais presque insensiblement. Elle atteint aujourd'hui la grandeur d'une pièce de 50 centimes. Sa teinte noire s'est maintenue toujours aussi accusée, en dépit de toutes les tentatives empiriques qui ont été essayées contre elles. Toutefois, cette anomalie n'avait entraîné aucune douleur ; mais depuis deux ans environ une petite tumeur s'est formée à la place même de la tache noire et a suivi sa lente progression. Elle ne provoque non plus aucune douleur, mais sa présence inquiète celui qui en est porteur et l'a décidé à venir demander conseil.

La tumeur est complètement recouverte par la tache noire, de forme à peu près arrondie. Elle siège dans la région parotidienne droite, sur le bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur et du muscle masséter, à la hauteur du lobule de l'oreille.

A la palpation, elle est de consistance assez ferme. Elle mesure à peu près 1 centimètre de long sur 2 centimètres de large.

Les caractères mêmes de cette évolution nous faisant redouter une grande malignité, nous conseillons vivement une extirpation complète qui n'est pas acceptée.

Nous avons revu le malade le 17 juin 1903, notre fâcheux pronostic s'est réalisé. La tache noire ne s'est pas sensiblement accrue, mais la tumeur s'est étendue au-dessous d'elle, vers l'angle du maxillaire inférieur. Elle est de forme allongée et mesure 2 cent. 1/2 environ ; elle fait une saillie de 5 millimètres. Sa coloration est d'un noir intense, sa consistance est ferme : elle adhère à la peau et est devenue douloureuse, surtout depuis quelques jours. A la suite d'un léger traumatisme, sa surface s'est ulcérée et laisse suinter un peu de sérosité

brunâtre. Le malade, pour masquer ce point noir, a laissé pousser ses favoris qui le recouvrent en partie. La peau est mobile à ce niveau. Dans toute la région parotidienne, elle est rouge, tuméfiée et douloureuse. On y trouve un ganglion formant une masse volumineuse, du volume d'une amande, dure, peu mobile et douloureuse.

En présence de cette aggravation, nous insistons plus vivement encore pour une intervention immédiate. Le malade y consent, mais comme il est revenu chez lui, l'examen histologique des pièces n'a pu être fait.

Voici cependant ce que nous avons su de l'opération qui a été pratiquée le 22 juin. L'incision cutanée déborde largement les limites de la coloration pigmentée de la peau de la joue et descend en englobant toute la région sous-maxillaire enflammée.

La première partie de la tumeur est détachée facilement de la peau et des tissus sous-jacents, mais les ganglions envahis étant adhérents profondément, la loge parotidienne est ouverte, et tout est enlevé largement et d'un seul tenant, pour ne pas laisser de lymphatiques entre la tumeur et la glande. Hémorragie veineuse abondante : deux artérioles sont liées.

Le malade a été revu et pansé le 28 juin, la réunion était parfaite.

L'examen de la peau montre à la section de la tumeur une infiltration du derme par la matière colorante noire, mais dans la profondeur les tissus sont sains sur une étendue de 2 millimètres. Le ganglion enlevé est ramolli, plein d'un liquide comparable à de l'encre de couleur un peu rouilleuse.

Les parois, adhérentes de tous côtés, sont d'une dureté considérable.

Observation III

(Fromaget, *Journal de médecine de Bordeaux*, 8 avril 1900, p. 263.)

Le 25 novembre 1899 se présentait à ma consultation de la Policlinique le nommé S..., marchand ambulant, âgé de cinquante-cinq ans. Cet homme, d'apparence très robuste, ayant toujours joui d'une bonne santé, a assisté depuis six mois, avec une insouciance sereine, au développement d'une affection oculaire qu'il se refuse à croire grave. Pas d'antécédents d'aucune sorte.

Depuis quinze ans cependant sa femme avait remarqué qu'il avait sur l'œil droit, dans la partie externe, des taches noires d'abord rares, puis devenues plus nombreuses et plus intenses, donnant à cette partie de la conjonctive une teinte ardoisée.

Depuis six mois, il s'est aperçu qu'une grosseur se développait sous la paupière supérieure et inférieure; ces tumeurs s'accompagnent de conjonctivite légère et c'est ce qui le préoccupe.

En regardant l'œil droit fermé on est frappé par deux saillies, deux voussures, siégeant l'une à la partie externe de la paupière inférieure, l'autre à la partie interne de la paupière supérieure. On dirait que dans ces deux points existent de volumineux chalazions. La paupière inférieure porte sur son bord ciliaire une bande pigmentaire noirâtre se détachant très nettement sur le blanc de la sclérotique. Une petite tache mélanique dépasse même le bord ciliaire et atteint la région cutanée de la paupière, la peau est mobile sur les tarses; en haut, dans la région tuméfiée, elle laisse voir par transparence la teinte caractéristique d'une tumeur mélanique; sur la conjonctive bulbaire on voit vers l'angle interne, en dehors de la caroncule, vers la partie inférieure de la cornée et à 3 millimètres d'elle une petite tache noirâtre, exclusivement conjonctivale, mobile sur les parties épisclérales. A la partie supéro-externe, en faisant regarder le malade en bas et en dedans, la conjonctive bulbaire apparaît depuis le cul-de-sac jusqu'au limbe avec une couleur d'abord noire, puis brunâtre, dont l'intensité s'atténue à mesure qu'on s'éloigne du cul-de-sac. Cette teinte résulte d'une foule de taches mélaniques disséminées, devenant de plus en plus confluentes et plus noires à mesure qu'on approche du fornix : celles qui avoisinent la cornée sont brunâtres. La cornée est indemne; l'œil, absolument sain, présente une acuité normale. En renversant la paupière inférieure, on fait saillir à l'angle externe de l'œil une volumineuse tumeur, noire, proéminente, de forme un peu irrégulière, semblable à une grosse noisette plantée sur la conjonctive tarsienne. Bien limitée en dedans, elle se prolonge en dehors par des tumeurs plus petites, mobiles avec la conjonctive; elle présente un rétrécissement à la base et elle est pédiculée.

Vers le milieu du tarse se trouve une autre tumeur plus petite, aplatie comme une grosse lentille, très adhérente, ne se prolongeant pas vers le cul-de-sac. Plus en dedans, dans le cul-de-sac conjonctival se trouvent

trois autres petites tumeurs allongées dans le sens horizontal, grosses comme des grains de chanvre, mobiles avec la conjonctive. En dehors de ces tumeurs, toutes d'un noir intense, les unes aplaties, les autres proéminentes et pédiculées, on trouve de nombreuses taches mélaniques conjonctivales, surtout à la partie externe, près du bord ciliaire. Si maintenant on luxe la paupière supérieure, on voit surgir une première tumeur un peu plus grosse que celle de la paupière inférieure. Elle est noire, arrondie, pédiculisée à sa base pour s'implanter sur le tarse où elle adhère. En dedans, vers le cul-de-sac se voient deux autres tumeurs, noires, aplaties, grosses comme des grains de chanvre. En retournant plus énergiquement la paupière supérieure, le cul-de-sac apparaît rempli de petites tumeurs noires en voie de développement; quelques-unes à la partie externe empiètent sur la conjonctive bulbaire ; les tumeurs reposent sur un fond mélanique. L'œil gauche est sain, il n'y a pas d'adénite, tous les autres organes paraissent normaux.

Le 25 novembre, je pratique l'ablation des tumeurs les plus volumineuses, au nombre de huit, et cautérise les bases d'implantation au thermo-cautère. Le malade ne veut consentir, en effet, à aucune intervention radicale.

J'ai donné quelques-unes des tumeurs à M. le Prof. agrégé Dubreuilh qui avait bien voulu venir examiner ce malade.

L'examen histologique a montré qu'elles étaient constituées par des cellules volumineuses, de forme irrégulière, fusiformes ou *rameuses*, avec un noyau volumineux, pâle, muni d'un ou deux nucléoles.

Le protoplasma est chargé de granulations pigmentaires brunes, formant en certains endroits un amas très foncé. Elles n'offrent pas la disposition lobulée, elles sont peu serrées. En général, la tumeur forme une masse assez bien limitée, nettement séparée des parties saines par une bande conjonctive. En définitive, au point de vue histologique, on peut faire le diagnostic de sarcome à grosses cellules, sarcome alvéolaire.

Il s'agit évidemment d'un lentigo malin.

Depuis plus de quinze ans cet homme avait une conjonctive envahie peu à peu par le pigment mélanique et la lésion était surtout intense au niveau des culs-de-sac et de la face palpébrale. De même que le lentigo de la joue peut envahir l'œil, dans ce cas, la mélanose conjonctivale

gagnait la paupière, le bord ciliaire commençant à être pris ; puis, après quinze ans, des tumeurs malignes ont poussé en huit ou dix endroits et de nouvelles tumeurs vont évidemment apparaître puisque le malade se refuse à toute intervention radicale.

L'existence du lentigo malin primitif de la conjonctive ne peut donc être mis en doute. Nous avons enlevé huit tumeurs absolument noires comme de véritables truffes. Une récidive va venir très probablement et de nouvelles tumeurs vont naître.

Le 17 juin 1903, nous avons eu d'excellentes nouvelles de ce malade. Son œil est en parfait état. Aucune menace de récidive. On peut jusqu'ici considérer la guérison comme complète.

Observation IV

(Fromaget et Cabannes, *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1895.)

Jean G..., soixante-dix ans, de Sallebruneau, entré à la Clinique ophtalmologique le 25 septembre 1890, pour une tumeur de la paupière gauche supérieure.

Antécédents héréditaires fort bons.

Antécédents personnels. — On ne trouve à signaler qu'une kératite survenue à droite, il y a dix ans, et terminée par un leucome opaque supprimant presque la vision.

Aucune diathèse spéciale n'explique cet accident. Il n'y a ni rhumatisme, ni alcoolisme, seulement un peu de misère physiologique, résultat de travail opiniâtre et de privations prolongées. Au commencement de juin 1890, Jean G... reçut un vigoureux coup de bâton sur la tempe gauche. Il en résulta un gonflement très accusé de la région. La paupière supérieure devint noire, ecchymotique, tendue par l'infiltration sanguine qui remplissait les mailles de son tissu.

Le sang se résorba lentement. Lorsque la peau de la région reprit sa coloration normale, c'est-à-dire quelques semaines après, notre malade constata, dans l'épaisseur de la paupière, la présence d'une tumeur dure, régulière, aussi volumineuse, dit-il, que celle qu'il présente en entrant à l'hôpital.

Dans le courant des mois de juillet, août et septembre, cette grosseur

palpébrale serait restée la même, uniformément dure, un peu irrégulière à sa surface, toujours recouverte par la peau saine, et mobile dans l'épaisseur de la paupière supérieure. D'ailleurs, il n'y a jamais eu de douleur et les fonctions visuelles n'ont à aucun moment été entravées.

A son entrée, en 1890, à la Clinique, Jean G... porte une tumeur grosse comme une noix de moyenne grosseur, un peu allongée dans le sens horizontal. Elle semble faire saillie sous la paupière soulevée et déformée, mais encore suffisamment ouverte pour que la vision s'effectue convenablement, chose d'ailleurs indispensable à cause du leucome qui supprime presque complètement les fonctions de l'œil droit.

A la surface de la tumeur, la peau glisse très facilement et la palpation fait sentir à travers le tégument, normal dans sa couleur et son épaisseur, une masse assez dure, un peu irrégulière, mobile dans tous les sens, sans adhérence au squelette, sans ramifications dans l'orbite.

A travers la demi-transparence de la peau, on distingue la couleur noire du néoplasme. Le bord libre de la paupière est intact. Le volume de la tumeur ne permet pas de retourner la paupière pour explorer la face conjonctivale, mais il est possible d'écarter cette paupière du globe de l'œil et d'examiner par-dessous l'état du cul-de-sac conjonctival. Le cul-de-sac a ses dimensions ordinaires, la muqueuse y est saine partout et glisse au niveau de la partie postérieure du néoplasme comme à la surface antérieure.

La conjonctivite bulbaire présente en plusieurs endroits des taches noirâtres qui tranchent sur l'aspect nacré de la sclérotique. Les taches paraissent s'être développées en même temps que la tumeur et pour ces même causes.

La paupière inférieure n'offre rien de particulier, il n'y a aucune trace d'engorgement ganglionnaire. Etat général excellent.

M. le D[r] Lagrange pratique l'extirpation de la tumeur au mois de septembre 1900. Le malade sort guéri ; quelque temps après (un ou deux mois), l'ectropion de la partie supérieure a augmenté et depuis six à sept mois il s'est aperçu qu'une tumeur noire poussait sous sa paupière supérieure. Il y a trois mois, la paupière inférieure a augmenté de volume et le malade a constaté dans son intérieur par le toucher l'existence d'une autre petite tumeur. Il n'a jamais souffert. La paupière supérieure en ectropion représente une double incurvation qui

fait ressembler son bord à un S allongé et placé horizontalement, à concavité inférieure en dedans et supérieure en dehors. La concavité interne est occupée par une tumeur noirâtre, de la grosseur d'une noisette, plongeant entre l'œil et la paupière supérieure et soulevant celle-ci. La partie externe est occupée par la conjonctive, rouge, hypertrophiée, en ectropion dû au renversement de la paupière par la tumeur. Cette tumeur interne occupe les deux tiers inférieurs de la paupière supérieure, et plutôt le bord conjonctival que le ciliaire. Elle est adhérente à cette conjonctive et s'étend profondément jusqu'à la région du cul-de-sac qui, d'ailleurs, est sain ; aucune adhérence avec la peau. Petites taches mélaniques sur le bord palpébral supérieur.

Au-dessus du rebord orbitaire inférieur, on constate une tuméfaction considérable ; on rencontre également une multitude de taches mélaniques disséminées sur la conjonctive bulbaire en particulier, au niveau du limbe scléro-cornéen et sur la caroncule. On l'opère de nouveau le 7 novembre 1894.

Examen des parties enlevées. — La première tumeur ou récidive locale est une petite tumeur grosse comme un pois, de forme pyramidale, ayant environ 6 millimètres de côté, à base quadrangulaire, et une hauteur de 5 millimètres. La deuxième tumeur, ressemblant à une truffe, est recouverte à sa partie supérieure par le cul-de-sac conjonctival adhérent. Elle est piriforme ; a 16 millimètres de long, 13 millimètres dans sa plus grande largeur, 12 millimètres en épaisseur. A la coupe, cette tumeur, de couleur grisâtre, présente à la partie antérieure et postérieure des noyaux noirâtres et de nombreux vaisseaux à la partie postéro-inférieure. L'examen histologique de la grosse tumeur ou récidive de la paupière inférieure montre qu'on a affaire à une tumeur constituée en totalité par des cellules légèrement allongées, fusiformes, renfermant dans leur sein de nombreux vaisseaux sans paroi. Ce qui nous permet de faire sans aucun doute le diagnostic de *sarcome fasciculé.* On rencontre de plus, disséminées çà et là, des cellules renfermant du pigment mélanique ; ces cellules sont localisées en certains points où elles sont du reste en petit nombre. La plus grande partie de la tumeur n'en contient pas. Il n'en est pas de même de la récidive locale de la paupière supérieure. Cette tumeur est presque entièrement constituée par des cellules imprégnées à des degrés variés de pigment mélanique ; un très grand

nombre sont absolument noires, alors que le reste de la coupe offre une teinte grisâtre. Cependant à la base de la tumeur, c'est-à-dire au niveau de son implantation, on trouve uniquement du sarcome fasciculé pur de toute pigmentation mélanique. Cette observation nous montre donc très nettement par ce double examen histologique que la mélanose s'est développée surtout dans les parties anciennes de la tumeur, alors que la partie de nouvelle formation en est dépourvue. La tumeur la plus pigmentée était d'ailleurs la plus ancienne.

Observation V

(Fano, *Gazette des Hôpitaux,* 1872, 651.)

M. B..., âgé de cinquante-trois ans, cordonnier, s'est présenté pour la première fois à ma Clinique en janvier 1867. A cette époque j'ai constaté l'existence de plusieurs taches de couleur sépia, d'une grandeur variable entre celle d'une tête d'épingle et d'une grande lentille, sur la conjonctive palpébrale inférieure et sur divers points de la conjonctive scléroticale de l'œil gauche. La tache la plus large est située près de l'angle interne de la conjonctive scléroticale. Toutes ces taches font corps avec la conjonctive, car elles se déplacent avec cette membrane pendant les mouvements communiqués à cette dernière. Indépendamment de ces taches, toute la conjonctive scléroticale était imbibée de sang, lorsque je vois le patient pour la première fois le 2 janvier.

Sous l'influence de bains d'œil dans une solution de teinture d'arnica, additionnée d'hydrochlorate d'ammoniaque, cette ecchymose se résorba promptement. B... n'accuse aucune douleur. Il existe, de plus, une amblyopie congénitale, avec diminution dans l'acuité de la vision plus marquée à gauche qu'à droite. L'examen à l'ophtalmoscope démontre l'existence d'une scléro-choroïdite postérieure des deux côtés.

Dès que l'ecchymose de la conjonctive fut résorbée, B... renonça à tout traitement, et je le perdis de vue pendant cinq ans.

C'est le 4 avril dernier (1872) qu'il revint me consulter, parce qu'il s'était formé, depuis environ cinq mois, une tumeur vers la partie supéro-interne de la conjonctive scléroticale, et que cette production morbide prenait de l'accroissement.

Je constatai que l'infiltration mélanique de la conjonctive oculo-palpébrale, sous forme de taches de couleur sépia, se présente avec les mêmes apparences qu'il y a cinq ans. De plus il y existe, à la partie supéro-interne de la conjonctive scléroticale, une tumeur constituée par deux portions : l'une comme pédiculée, du volume d'un haricot flageolet, de couleur vert sale, se continuant, vers le cul-de-sac oculo-palpébral supérieur, avec une autre tumeur du volume d'un gros pois, implantée dans l'épaisseur même de la conjonctive. La portion flottante de la tumeur cache un peu la partie interne de la cornée sans lui adhérer. La consistance de la masse morbide est celle du squirrhe. Pas de douleurs dans la tumeur; sensation de gêne et de larmoiement. La vision de l'œil gauche est restée au même degré que par le passé. Pas d'adénite parotidienne ni sous-maxillaire, santé générale bonne.

Je pratique l'ablation de la tumeur en deux temps, d'abord la portion qui fait saillie entre les paupières, puis celle qui adhère au cul-de-sac oculo-palpébral. La portion attenante au cul-de-sac conjonctival est emportée en même temps. Deux petites artères, divisées pendant la dernière manœuvre, sont liées ; mais le fil qui les étreint les coupe, il se manifeste une petite hémorragie en nappe, qui s'arrête spontanément au bout de quelques instants.

L'opération n'est suivie d'aucune inflammation ; la plaie conjonctivale se recouvre bientôt d'un exsudat blanchâtre indiquant un commencement de cicatrisation, et le patient quitte ma Clinique le 10 avril.

Examen de la tumeur par M. Perchant. — La production morbide paraît avoir pris naissance à la surface libre de la muqueuse conjonctivale ; elle est recouverte, dans toute son étendue, d'un épithélium pavimenteux.

Le tissu de la tumeur est formé d'amas de grosses cellules à noyau, polygonales, les unes presque régulières, hexagonales, le plus grand nombre déformées, présentant des angles plus ou moins aigus. Les parois des cellules sont très minces. Toutes ces cellules renferment une grande quantité de granulations pigmentaires en suspension dans une couche mince de liquide intra-cellulaire. Les granulations sont de couleur brun foncé dans les cellules qui en contiennent un grand nombre ; de couleur brun clair dans les cellules qui renferment un nombre relativement moindre de granulations. Le noyau des cellules est resté trans-

parent et ne contient pas de granulations pigmentaires. Toutes ces cellules sont plus volumineuses que celles qui forment la couche pigmentaire de la choroïde.

Entre les amas de grosses cellules, on voit une mince trame de tissu cellulaire, quelques corps fibro-plastiques fusiformes, à un ou deux prolongements, quelques vaisseaux capillaires très fins à mailles polygonales et quelques cellules épithéliales appartenant à la couche d'épithélium pavimenteux qui tapisse la surface libre de la muqueuse conjonctivale.

Le sang du sujet ne présente rien d'anormal ; les globules ne sont pas modifiés et ne renferment pas de trace de pigment.

Le sujet s'est présenté de nouveau à ma Clinique le 13 janvier 1873, pour une récidive de l'affection, récidive qu'il a constatée en octobre, c'est-à-dire six mois après la première opération.

Il existait alors deux tumeurs. La première présente la forme et le volume d'un gros haricot flageolet. Elle est complètement logée dans le cul-de-sac conjonctival inférieur et recouverte par la paupière inférieure, qu'il faut déprimer pour mettre à découvert la production morbide. Elle est entourée de tous côtés par la conjonctive et paraît s'être développée dans l'épaisseur même de cette membrane. La seconde, située à 3 millimètres environ au-dessous de la caroncule lacrymale, se présente sous la forme de deux hémisphères ayant chacun le volume d'une grosse lentille, accolés l'un à l'autre sans être adhérents, mais simplement réunis à leur partie inférieure par un petit tractus très étroit de conjonctive infiltrée de pigment. La surface des deux saillies qui forment la tumeur est lisse. La production morbide est de couleur gris cendré un peu foncé et la consistance assez ferme pour que le tissu ne s'en laisse pas facilement écraser avec le doigt ; elle est entourée de tous côtés par une membrane qui n'est autre que la conjonctive infiltrée de pigments.

Les deux tumeurs repullulées furent enlevées le 13 janvier de cette année (1873). La cicatrisation des plaies se fit rapidement.

M. Perchant, mon chef de clinique, en fit l'examen histologique. Les tumeurs préalablement dépouillées de leur enveloppe de conjonctive furent mises en macération dans de l'eau légèrement alcoolisée pendant quarante-huit heures. Au bout de ce temps, le liquide est fortement coloré en brun noirâtre. Une goutte de ce liquide examinée au micros-

cope permet de reconnaître une quantité infinie de granulations pigmentaires en suspension. Le liquide obtenu par le raclage de la tumeur avec une lame de scalpel renferme de nombreuses cellules volumineuses, à noyau, polygonales, le plus souvent déformées et présentant alors des angles plus ou moins prononcés. La paroi de ces cellules est très mince. Toutes ces cellules renferment des granulations pigmentaires en grand nombre, en suspension dans une mince couche de liquide intra-cellulaire.

Sur une coupe de la tumeur, ces cellules se retrouvent en grand nombre.

Les unes renferment une très grande quantité de granulations pigmentaires. Leur coloration est d'un brun noirâtre plus ou moins foncé, selon la quantité de pigment inclus. D'autres sont presque entièrement transparentes et ne renferment que quelques corpuscules de pigment. Dans toutes les cellules, le noyau est demeuré transparent sans granulations. A côté des cellules pigmentaires complètes on trouve une grande quantité de noyaux libres, volumineux, à nucléoles très brillants, comme éléments accessoires ; on rencontre quelques corps fibro-plastiques fusiformes, à un ou deux prolongements, des vaisseaux capillaires très fins, à mailles polygonales, quelques fibres, de tissu lamineux ; çà et là des fibres très pâles ; quelques cellules épithéliales appartenant à la conjonctive.

Observation VI

(Henri Lamarque, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 décembre 1888.)

Tache mélanique de la face se déplaçant ; tumeur mélanique consécutive.

Justine N..., âgée de soixante-neuf ans, originaire de la Charente-Inférieure, entre à l'hôpital Saint-André le 31 mars 1888, dans le service de M. le Prof. Demons.

Tous ses ascendants sont morts de vieillesse ou de maladies aiguës.

Elle-même n'a pas eu d'autre maladie antérieure que quelques attaques de rhumatisme.

Vers l'âge de trente-cinq ans apparaît une petite tache brunâtre semblable à un signe et située à la partie inférieure de la tumeur actuelle. Cette tache a augmenté peu à peu d'étendue en remontant vers l'œil, et,

chose remarquable, cet accroissement n'était pas uniforme, mais irrégulier dans sa marche, et tantôt la tache avançait dans un sens, tantôt dans un autre, en se retirant sur d'autres points de manière à affecter des formes diverses. Ceci est un fait bien précis dans les affirmations de la malade qui ne paraît pas vouloir nous induire en erreur ; nous citerons comme caractéristique ce fait qu'à un moment la tache ressemblait à une personne, avec une tête et des prolongements figurant les quatre membres, ressemblance telle que les commères du pays croyaient à un sortilège jeté sur leur voisine.

Quoi qu'il en soit, il y avait là une tache unique, pas aussi noire que celle que l'on voit actuellement. Ceci dura jusqu'au mois de mars 1887 ; à ce moment apparut, environ au point central de la tumeur actuelle, une petite élévation, une sorte de verrue qui, cautérisée à plusieurs reprises, reparut bientôt et alla toujours en augmentant. Chose curieuse, à mesure que cette tumeur se développait, la tache brune diminuait d'étendue pour se contourner à la partie supérieure. Là, sa coloration s'est accentuée et a pris la couleur noire que l'on voit à présent. Un autre vestige de la grande tache primitive se rencontre un peu plus bas sous forme d'un petit point marron.

On trouve donc actuellement une tache de forme irrégulière située à un 1/2 centimètre du bord libre de la paupière inférieure, d'une coloration noire, limitée en bas par une bordure de quelques millimètres de largeur moins foncée et offrant une couleur marron. Cette partie claire descend à la partie externe vers le bord de la tumeur mélanique dont nous parlerons tout à l'heure. Elle semble avoir été produite par l'attouchement d'un caustique qui aurait attaqué la couleur primitive. Il nous a été donné de constater, pendant le séjour de la malade dans le service, qu'il s'agissait là d'une véritable résorption pigmentaire; nous avons pu, en portant notre attention sur certains points, suivre jour par jour la décoloration progressive ; ce qui nous a paru confirmer les affirmations de la malade quand elle nous disait que la tache avait diminué de plus en plus à mesure que la tumeur augmentait. Cette résorption de pigment mélanique est fort remarquable et nous ne croyons pas que ce fait ait été constaté antérieurement.

Au-dessous de cette tache principale, on rencontre une autre petite tache brunâtre de 3 millimètres environ de diamètre. Ce serait un

vestige de la grande tache primitive qui s'étendait jusque là, au dire de la malade. Enfin, plus bas se trouve une tumeur de la grosseur d'une noix environ, ulcérée et peu colorée. Elle ne paraît pas adhérer aux parties profondes, car des mouvements en divers sens peuvent lui être imprimés facilement. Enfin, dans la région saine, située entre la tache supérieure, la tumeur et le petit point sus-mentionné, région qui aurait été noire primitivement, la peau ne paraît pas avoir sa couleur normale : elle semble décolorée et légèrement estompée de bleu.

Pas de douleurs, si ce n'est quelques élancements au niveau de la tumeur. Santé générale conservée, pas d'amaigrissement appréciable ; pas d'engorgement ganglionnaire.

L'extirpation est pratiquée le 12 avril. Deux incisions courbes circonscrivent la tumeur, qui est énucléée facilement. Les deux lèvres de la plèvre sont rapprochées et réunies par des sutures au crin. Les taches mélaniques sont profondément cautérisées au thermocautère. La cicatrisation se fait sans incident et la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie, le 6 mai 1888.

La tumeur, qui à l'extérieur nous avait paru peu colorée, offre à la coupe une teinte fortement mélanique. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de sarcome mélanique.

Dans une lettre datée du 24 octobre 1888, c'est-à-dire plus de six mois après l'opération, M. le Dr Dupond (de Braud) donne quelques renseignements complémentaires sur la malade.

« Depuis son retour, la femme N... n'a ressenti aucune douleur dans la joue gauche. A l'heure actuelle, la plaie opératoire est parfaitement cicatrisée, et la cicatrice n'a rien présenté d'anormal. Il existe seulement un gonflement de la région sous-maxillaire du côté gauche. La glande sous maxillaire offre le volume d'une grosse noisette, elle est insensible à la pression et roule sous le doigt. Il y a à peu près quatre mois que cette femme s'est aperçue par hasard de cette tuméfaction. A ce moment, elle a eu, dit-elle, la sensation d'une piqûre de mouche, elle y a porté vivement la main et a constaté qu'il existait du gonflement ; elle croit qu'il pouvait en être ainsi depuis plus longtemps, mais qu'elle n'avait pas eu l'occasion de remarquer cette particularité. En somme, la femme N... ne ressent aucune douleur et vaque comme par le passé à ses travaux habituels. »

Un an après l'opération, la femme N... revenait à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, avec une tumeur sous-maxillaire, du volume d'une orange, formée par des ganglions franchement mélaniques. Elle a été opérée de nouveau et est retournée chez elle. Je n'ai pas eu de ses nouvelles depuis.

Observation VII

(Dubreuilh, *Ann. de Dermat.*, 1894; Besson.)

B..., chiffonnier, âgé de soixante-neuf ans, se présente pour la première fois à ma consultation, le 11 décembre 1888.

Il y a vingt-cinq ans qu'il a été blessé à la joue gauche, et il a persisté à cet endroit non pas une cicatrice, mais une tache rouge de la grandeur d'une pièce de 1 franc. Depuis deux ans, cette tache a commencé à se colorer en noir et à s'étendre progressivement. Enfin, depuis un an, est apparue une petite tumeur au niveau de la tache rouge primitive.

On trouve actuellement sur la joue gauche, entre l'œil et la commissure labiale, une petite tumeur de 1 centimètre de diamètre, circulaire, un peu rouge, modérément dure, un peu déprimée au sommet qui est occupé par une ulcération du volume d'un grain de chènevis. Tout autour de cette tumeur se trouve une auréole de 4 centimètres de diamètre, rouge, avec des marbrures brunes et noires, plus développées au-dessous qu'au-dessus de la tumeur. La peau ne présente à ce niveau aucune autre altération que le changement de couleur.

J'excise la petite tumeur et j'en cautérise la base avec de l'acide chromique.

La cicatrisation est complète le 22 décembre.

Le malade revient le 28 juillet 1892. Depuis trois semaines, est apparue une nouvelle tumeur, indépendante à la fois de la cicatrice laissée par l'opération précédente et de la tache pigmentée.

La pigmentation occupe actuellement l'étendue d'une pièce de 5 francs en argent, mais elle est disposée en plusieurs îlots. Une tache centrale, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, est à peu près noire ; les autres taches ont une teinte sépia plus ou moins foncée ; leur grandeur varie d'une lentille à une pièce de 50 centimes, elles sont bien limitées et séparées par des bandes de peau saine non décolorées, avec quelques

dilatations vasculaires sans importance, car on les retrouve tout aussi nombreuses sur le côté opposé. Si on examine attentivement les taches, on constate qu'elles sont granitées par suite de la présence de points plus foncés, irréguliers, sans rapports avec les poils. La peau ne présente pas d'autres altérations que le changement de couleur ; il n'y a aucune saillie, aucune infiltration ; l'épiderme est tout à fait normal.

Sur le bord supérieur de la plaque est une petite cicatrice due à l'opération faite antérieurement. Un peu plus haut, à 1 centimètre environ de la plaque pigmentaire, on trouve une tumeur nouvelle, de la grosseur d'un pois, noirâtre, hémisphérique, saillante, enchâssée par un ourlet épidermique et paraissant être une croûte. En cherchant à l'arracher, on voit que toute la partie saillante est constituée par une masse molle, noirâtre, tenace, d'aspect putrilagineux, se laissant détacher avec difficulté ; l'examen microscopique a montré que cette masse avait exactement la même structure que le reste du néoplasme. Après l'arrachement de cette masse putrilagineuse, on trouve une ulcération superficielle taillée à l'évidoir, parfaitement circulaire, de la grandeur d'une lentille, entourée d'un très mince bourrelet épidermique ; le fond est marbré de rose et de noir ; la base de l'ulcère est infiltrée, mais sans dureté, il en est de même des bords.

Excision de toute l'ulcération au bistouri.

Les ganglions sous-maxillaires sont intacts.

28 décembre 1892. L'état de la tache est à peu près le même.

17 janvier 1894. La tache a singulièrement pâli quoiqu'elle se soit un peu étendue excentriquement. A la périphérie se trouve une zone brunâtre, à peine visible, interrompue par places ; puis une zone de peau tout à fait normale, ni pigmentée ni achromateuse ; enfin, au centre, une plaque ovalaire de 12 millimètres sur 16, brun noir, bien limitée, avec une bande transversale tout à fait noire, de 1 millimètre de large. La plaque pigmentée est en somme en voie de disparition. Les deux cicatrices opératoires sont blanches et souples.

10 mai 1894. Il est apparu depuis peu une nouvelle tache brune sépia, de 15 millimètres de large, à la partie supérieure et interne de la joue. Les cicatrices sont parfaitement saines, mais depuis quinze jours le malade a remarqué dans la région sous-maxillaire gauche une grosseur qui s'accroît rapidement. On y trouve, en effet, un ganglion dur et mobile, gros comme un œuf de poule.

Ce ganglion a été extirpé par M. le Prof. Demons. Il est lisse, bien encapsulé, du volume d'un gros œuf de poule, de consistance molle; à la coupe, on trouve un tissu mou, grisâtre, avec des marbrures noirâtres.

Examen microscopique. — I. Tumeur enlevée le 11 décembre 1888. — Le néoplasme est constitué par une masse compacte de cellules serrées et peu distinctes. Elles ont un noyau assez pâle, un protoplasma abondant, granuleux, restant incolore; les cellules elles-mêmes sont du reste d'un volume médiocre. Il n'y a pas de tendance au groupement régulier des cellules, pas de dégénérescence colloïde ou de globes cornés, pas de filaments d'union.

II. — Deuxième tumeur enlevée le 28 juillet 1892. — Le néoplasme présente une structure histologique tout à fait semblable. Il est formé d'un amas de grosses cellules irrégulières, très lâchement unies, sans la moindre trace de stroma.

Les cellules présentent les plus grandes diversités de forme et de volume. Elles sont arrondies ou allongées en raquette ou avec des prolongements multiples. Les unes sont petites, la plupart sont assez grandes, quelques-unes sont énormes. Leurs noyaux sont volumineux, arrondis, munis d'un nucléole réfringent, ils sont presque toujours très pâles, à peine plus colorés que le protoplasma; dans les préparations colorées par le bleu de méthylène polychrome de Unna et décolorées par l'éther de glycérine ou l'orcéine neutre, ils sont complètement décolorés, à part quelques-uns qui offrent des figures karyokinétiques. Le protoplasma est très abondant, très granuleux, se colorant presque autant que le noyau. Un grand nombre de ces cellules contiennent des granulations brunes ou noires qui remplissent le protoplasma, respectant le noyau. Le pigment ne se trouve guère que dans les plus grandes cellules.

Outre ces cellules franchement épithélioïdes, offrant tous les caractères de l'ancienne cellule cancéreuse, on trouve des petites cellules lymphoïdes disséminées ou formant des amas irréguliers, à protoplasma rare, à petit noyau fortement coloré.

Ces cellules ne présentent aucune disposition régulière, elles sont semées sans ordre, très peu serrées, laissant entre elles des espaces vides aussi grands que les cellules elles-mêmes, sans aucune substance intercellulaire, ni rien qui ressemble à un stroma. Leurs prolongements

ne sont pas anastomosés, de sorte que les cellules ne paraissent avoir entre elles aucun lien.

Autour des vaisseaux seulement, on voit les cellules cancéreuses présenter une très vague disposition en revêtement cylindrique. Les vaisseaux peu nombreux ont une paroi mince mais nette, avec des fibres conjonctives et élastiques qu'on peut mettre en évidence par la fuchsine acide picriquée de Van Giesen ou l'orcéine acide.

III. — Ganglion extirpé en mai 1894. Il présente exactement les mêmes caractères histologiques que la seconde tumeur de la joue, la structure en est peut-être encore plus lâche.

En somme, cette tumeur ressemble beaucoup aux cancers de la peau développés sur des nœvi.

Observation VIII (Résumée).

(Bimsenstein, Thèse de Paris 1879.)

P. B..., cinquante et un ans, se présente le 4 mai 1879 à l'Hôtel-Dieu, à la consultation de M. le Prof. Panas. Aucun antécédent.

Son attention a été attirée il y a vingt-cinq ans sur l'existence d'une petite tache noire siégeant à l'œil droit, un peu en dehors du rebord cornéen. Cette tache s'est agrandie peu à peu avec une extrême lenteur, n'occasionnant jamais aucune douleur ni aucun trouble de la vision.

Aujourd'hui, une tumeur noirâtre apparaît à la région antérieure et extérieure de l'œil droit. Elle est située à la jonction de la sclérotique et de la cornée, envahissant surtout la première de ses membranes et s'étendant de 1 centimètre environ sur la seconde. Elle a une forme irrégulièrement conique et la base de ce cône présente une largeur de 2 centimètres environ. La surface, lisse à la partie inféro-interne, est parsemée de saillies et de dépressions sur le reste de son étendue ; elle n'est le siège d'aucun produit de sécrétion, ni d'aucune douleur même à la pression.

La cornée, sauf les points envahis, paraît lisse et polie, mais à l'éclairage oblique on constate une petite traînée grisâtre dans ses couches superficielles et s'étendant horizontalement au niveau du bord inférieur de la pupille.

Toutes les autres parties de l'œil sont intactes.

Il y a depuis quelques jours un peu de conjonctivite avec sécrétion muqueuse abondante; c'est pour cela surtout que le malade vient aujourd'hui réclamer des soins.

M. le Prof. Panas porte le diagnostic de mélano-sarcome et se préoccupant plus de la tumeur que de l'accident moins grave qui l'accompagne, il en propose l'extirpation au malade, mais celui-ci ne veut pas consentir à une opération dont la gravité lui semble peu en rapport avec la bénignité qu'il attribue à son affection.

On se contente de lui prescrire un traitement simple contre la conjonctivite.

Le malade, quittant Paris, est complètement perdu de vue.

Observation IX

(Hutchinson, *Archives of Surgery*, t. III.)

D. G... est âgé de soixante-treize ans.

Il présente sur le nez une tache noire comme du charbon et assez étendue. Les bords sont irréguliers, sans doute par suite d'accroissement. Sur les deux paupières, on découvre quelques taches noires moins nettes.

Fait plus important, une tumeur s'est développée sur la joue droite, grosse comme une pièce de 6 pences et très semblable à un épithélioma. Elle paraît tout à fait noire, mais la peau qui la recouvre est tellement rugueuse et irrégulière qu'on ne saurait affirmer si c'est la tumeur qui est réellement pigmentée. La santé est excellente.

Les taches existaient sur le nez depuis plus de six ans. La tumeur est survenue depuis deux ans environ.

Observation X (Hutchinson)

Ici la malade est plus jeune : elle a seulement trente-neuf ans, mais elle marque davantage. Elle prétend que les taches noires qui paraissent sur son visage sont des taches de rousseur. Cependant elle n'y était pas sujette dans son enfance. Elle a de l'acné au menton et sur la figure, et elle a souffert aussi d'urticaire.

Sur sa joue droite, on voit une tache noire grosse comme un shilling.

Elle est survenue il y a cinq ans et a été prise pour une tache de rousseur.

En son milieu on voit maintenant une élévation et comme une sorte de tumeur. La malade affirme qu'à cet endroit-là il n'y a jamais eu aucun nœvus. Assurément la tache a évolué en tumeur maligne et il me paraît difficile de pouvoir l'enlever complètement.

Observation XI (Hutchinson)

Sir A. D..., âgé de cinquante-six ans.

A la joue gauche, à un travers de doigt de la paupière, on voyait une grande tache noire sans modification de la peau, sans trace de tumeur. Il paraît certain qu'elle existait depuis de longues années et qu'elle avait lentement progressé. Le malade n'avait eu aucune sorte de nœvus dans son enfance. Elle était arrivée à garnir toute la moitié supérieure de la joue, non point par une tache unique, mais par une foule de macules confluentes.

Le malade ne prêtant aucune attention à ces taches ne vint me consulter que lors de l'apparition d'une tumeur ulcérée, développée en quelques mois sur la tache qui touchait la paupière. Cet ulcère végétant formait un relief d'une épaisseur d'un demi-travers de doigt, recouvert d'une croûte ; il n'était ni rouge, ni induré à sa base comme l'ulcère en cratère. Le voisinage d'un ulcère d'apparence aussi maligne avec ces taches d'un bleu noirâtre me fit penser à une tumeur mélanique. J'excisais la partie ulcérée et reconnus à l'examen histologique de l'épithélioma.

Observation XII (Hutchinson)

Femme, âgée de soixante-six ans.

Deux figures montrent son œil malade à deux stades de développement de la maladie. Une première figure montre que la paupière inférieure du côté droit est tachée sur une large étendue mais très légèrement. Toutefois la pigmentation devait être envahissante car elle a fait de grands progrès pendant trois ans. Sur les paupières du côté gauche il n'y avait pas de taches séniles, seulement un petit nœvus tout près du

bord de la paupière inférieure. A gauche, il y avait aussi un nœvus, mais beaucoup plus gros, au-dessous de la commissure interne. Une seconde figure représente l'œil de la malade à un stade plus avancé. La conjonctive et la cornée sont envahies par la pigmentation. Une étroite bande d'un beau sépia atteint l'arc sénile de la cornée et forme un cercle presque complet. Seule une légère portion située sous la paupière supérieure est indemne.

Menacé par une poussée d'épithélioma, j'ai excisé une partie de la paupière inférieure. Cette portion en dégénérescence était dépourvue de coloration mélanique.

Observation XIII (Hutchinson)

C'est un malade de Cumberland, que j'ai observé déjà il y a quelques années.

Il présenta tout d'abord une sorte de tache noire sur l'aile droite du nez, qui disparut après cautérisation. Des tumeurs se formèrent ensuite sur les différentes parties de la figure, à la tempe et aux joues. Son médecin de Carlisle en a détruit deux au cautère et tout récemment j'ai été consulté pour une troisième, j'ai cru prudent de recourir au même procédé.

Cet homme a soixante-trois ans et l'apparence d'une bonne santé. La peau est mince et transparente. Les joues sont rouges comme une pomme. On y voit plusieurs taches noires depuis le cou jusqu'aux paupières. Dans son enfance il avait eu la peau susceptible et très prédisposée aux taches.

Observation XIV (Hutchinson)

Mme W..., âgée de soixante-dix ans, offre un exemple remarquable de taches séniles associées au cancer.

La tumeur siège sur le côté droit du nez; elle est très nette. Au-dessous de la paupière du même côté on voit, sur la joue, plusieurs taches noires et plus loin quelques autres plus petites. La malade a vu apparaître ces taches il y a plusieurs années. L'ulcération est plus récente et date environ d'un an. Elle présente aussi quelques marques sur les deux joues. Etant jeune elle n'avait pas de taches de rousseur

Observation XV (Hutchinson).

K..., Ecossais, adulte, n'a présenté rien d'anormal dans son jeune âge. Il y a dix ans environ une tache apparut sur son dos, bientôt suivie d'autres taches semblables sur le visage et la jambe droite. Un dessin en a été reproduit à ce moment-là, il appartient à la Société de chirurgie de Londres.

On constate maintenant, entre les deux épaules et sur le cou, plusieurs tumeurs plus ou moins pigmentées et à limites précises, et sur la tempe du côté droit une sorte d'ulcération produite par la cautérisation d'une tumeur. La macule principale n'a présenté aucun développement depuis son apparition ; elle siège au milieu de la joue droite ; à côté d'elle s'est formée une autre petite tumeur.

Au contraire, la tache de l'épaule droite n'a cessé de s'accroître, avec à côté d'elle une autre plus petite et moins bien marquée. Sur le corps, toutes les lésions sont à droite ; à la face et au cou, elles sont symétriques. Aucune hypertrophie de l'épiderme à noter.

Elles n'ont amené aucun trouble, mais elles sont plus nombreuses et plus étendues qu'au début.

On les a traitées par l'acide nitrique ainsi que plusieurs autres taches de rousseur qui ont été confondues avec elles, sans résultat d'ailleurs. Il n'y a pas de doute à avoir sur la malignité de l'affection.

A la face, c'est une tumeur épithéliale et aux épaules un mélanosarcome.

Observation XVI

(Communiquée par M. le Prof. agrégé W. Dubreuilh.)

Mme C..., âgée de quarante ans environ.

Sur la pommette de la joue droite et à la paupière inférieure du même côté, on voit une tache noirâtre qui *a débuté, paraît-il, à l'âge de dix-huit ans*. Elle occupe la surface d'une pièce de 1 franc.

J'ai revu la même personne, le 29 novembre 1898.

La plaque pigmentée s'est un peu déplacée vers le haut; elle occupe toute la paupière inférieure débordant un peu le rebord orbitaire, mais

n'atteignant pas la pommette comme il y a quatre ans. Elle a la grandeur d'une pièce de 5 francs. Elle est d'une façon générale arrondie; elle n'est pas homogène, mais formée d'un groupe de taches irrégulières, plus ou moins confluentes, de couleur variant du sépia au noir, séparées par des espaces de peau moins foncée ou normale, mais de moindre étendue que les parties pigmentées. Sur le côté du nez est une petite tumeur située en dehors de la tache, mais tangente à son bord. Elle est ovoïde, mesure 8 sur 10 millimètres. Elle fait une saillie de 2 à 3 millimètres, de couleur rose, à surface légèrement squameuse.

Observation XVII (Hutchinson)

Figure dans la description.

DEUXIÈME GROUPE

Taches mélaniques sans tumeur.

Observation XVIII (W. Dubreuilh)

Figure dans la description.

Observation XIX

(Communiquée par M. le Prof. agrégé W. Dubreuilh.)

Mme C..., âgée de soixante ans environ, m'est adressée par M. le Dr P..., pour un petit eczéma de la face et pour une tache noire située sur la pommette gauche. Il y a environ deux ans que Mme C... a remarqué, sur la pommette gauche, une petite tache jaunâtre qui s'est graduellement étendue sans donner lieu à aucune sensation anormale; depuis deux ans, une partie de la tache est devenue beaucoup plus foncée, sans qu'on puisse dire avec certitude si la partie la plus foncée correspond au point de départ de la tache. Actuellement (22 septembre 1902), la pigmentation forme une plaque arrondie de la largeur d'une pièce de 5 francs en argent, étendue sur la pommette gauche et la partie voisine de la tempe. Sur la plus grande partie de son étendue, elle a une teinte jaunâtre, chamois pâle, peu visible, sans changement apparent dans la structure de la peau; il n'y a que le changement de couleur.

A la partie antérieure de cette tache, se trouve une partie beaucoup

plus foncée, irrégulièrement arrondie, large comme une pièce de 50 centimes; elle siège au sommet de l'os malaire. Son contour est bien limité.

Elle ne fait plus saillie et on n'y constate aucun épaississement, ni aucune induration. Les plis et le grain de la peau sont normaux; la couleur de l'ensemble est d'un sépia foncé presque noir. Par l'examen de la loupe, on voit qu'elle est formée de tachetures et de marbrures de nuances différentes, de la même couleur, plus ou moins foncées, toutes très petites et très serrées.

Il n'y a aucune douleur, ni aucun autre changement de structure que la pigmentation, rien ailleurs, notamment rien aux paupières, ni aux conjonctives.

Les taches ont constamment augmenté de couleur et d'étendue depuis leur apparition. En aucun point, elles n'ont rétrocédé : il n'y a donc pas eu de déplacement.

Il s'agit évidemment d'un lentigo malin des vieillards, sans aucune trace de transformation maligne; il n'y a donc aucune urgence à opérer, mais il n'y a pas d'autre traitement topique à y faire.

Observation XX

(Lustgarten, *Journal cutan. g. n. diseases*, 1897, p. 75; and *New York Dermat. Society*, 1895.)

Il s'agit d'une jeune fille présentant des plaques pigmentées couvrant le côté gauche du front, les paupières et la conjonctive de l'œil gauche.

Il y a aussi une petite plaque sur la tempe droite. Leur couleur est grise, de la teinte du graphite.

Elles ont apparu il y a trois ans et se sont étendues graduellement. La première impression fait songer à un cas d'argyrie, mais il paraît qu'elle n'a été traité aux sels d'argent ni à l'intérieur ni à l'extérieur et qu'elle n'a aucune cause d'intoxication professionnelle. Depuis six mois, elle présente seulement un peu de dyspepsie.

Observation XXI

(Robinson, *New York Dermat. Society*, 1895.)

C'est un cas tout à fait analogue au précédent.

Une femme adulte présentait sur la face, depuis trois ans, des taches de nuance gris foncé.

Elles débutèrent par la peau, puis s'étendirent aux muqueuses et prirent une allure tout à fait envahissante.

Après avoir perdu la malade de vue pendant cinq ou six ans, j'ai appris qu'elle est alitée et que sa mort est imminente. On ne signale aucune tumeur maligne.

Observation XXII

(Bayet, *Journ. de méd. et chir. de Bruxelles*, 1894.)

Femme de cinquante-cinq ans, présentant depuis quinze ans, sur la joue gauche, une tache noire de la grosseur d'une tête d'épingle, qui au bout de quatre ans avait atteint la dimension d'une lentille. Il y a cinq ou six ans, la tache se mit à grandir brusquement et de nouvelles taches apparurent autour.

Actuellement, cinq taches fortement pigmentées, dont la plus grande mesure 1 centimètre de diamètre, est noire comme de l'encre et a des contours irréguliers. Au pourtour, zone bleuâtre dont la coloration rappelle celle des tatouages professionnels des mineurs.

Autour de cette plaque principale, taches satellites irrégulièrement rangées, dont les plus récentes ont une coloration brune qui s'épanouit à mesure que la tache augmente de diamètre. Sur les plaques pigmentées, le duvet subsiste. Pas d'engorgement ganglionnaire, pas de symptômes subjectifs.

L'état général de la malade paraît mauvais; elle présente un teint spécial, cireux, donnant immédiatement l'aspect du teint cancéreux.

Bien que la région malade ne fût le siège d'aucune tumeur, j'eus de suite l'idée d'une néoplasie maligne. Je fis l'examen complet de la malade, et il me fut impossible de rien découvrir d'anormal. Les taches pigmentées étaient la seule lésion appréciable.

Observation XXIII

(Thévenin, *Journal des maladies cutanées*, 1898.)

Il s'agit d'une femme de cinquante-trois ans, qui se présente à la

Policlinique de l'Hôtel-Dieu (Pr Audry). Elle avait eu la variole à l'âge de trois ans.

Sur la joue et la lèvre supérieure gauches, elle offre une tache de forme irrégulière, d'une couleur sépia très foncée, presque encre de Chine.

Cette tache est recouverte d'un épiderme absolument et rigoureusement sain, sans desquamation et sans épaississement. Cette tache est exactement limitée sur l'épiderme normal ambiant.

Elle s'étend obliquement de bas en haut, de dedans en dehors sur une longueur de 5 centimètres environ et sur une largeur de 25 millimètres. Au centre, elle présente un îlot de peau saine et rosée.

On a affaire en somme à une large tache pigmentaire ordinaire. Mais l'anomalie remarquable qui nous conduit à faire connaître l'observation réside en ceci, que le début de cette tache eut lieu il y a trente ans, quand cette paysanne, déjà âgée de vingt-trois ans, était enceinte d'une fille actuellement vivante et bien portante. Elle commença par un petit point noir et depuis lors n'a cessé de s'étendre lentement et progressivement, en s'agrandissant dans la direction de la région sous-orbitaire et malaire. Il est assez difficile de définir exactement une semblable lésion :

Est-ce une simple tache pigmentaire ? Mais pourquoi s'étend-elle ainsi constamment ? Comment a-t-elle débuté à un âge relativement avancé ?

S'agit-il de mélanose ? Mais comment aucune néoplasie ne s'est-elle établie ? D'autre part, s'en édifiera-t-il ultérieurement ?

En tout cas, la simple prudence nous interdit de tenter une biopsie qui, d'ailleurs, probablement nous eût simplement fourni un tégument semblable à celui d'un nègre sans nous faire connaître l'origine et le terme de cette néoplasie mélanodermique.

Observation XXIV

(Dor, Société des sciences médicales de Lyon, 1878.)

La malade, âgée de vingt-huit ans, a reçu il y a quatre ans un coup sur l'œil droit, qui a été ecchymosé pendant quelque temps. Quatre ans plus tard apparaît sur la conjonctive bulbaire une petite tache noirâtre qui, depuis, s'est lentement développée. Aujourd'hui la coloration,

semblable à celle qui résulterait d'un emploi trop prolongé du nitrate d'argent, s'étend sur un tiers de toute la conjonctive du globe oculaire et sur celle de la paupière inférieure. Une ligne de démarcation très nette sépare la partie malade de la conjonctive saine. Une légère infiltration s'élève jusqu'au milieu de la cornée et occasionne un trouble de la vue qui a engagé la malade à venir consulter. Nulle part il n'y a de tumeur apparente, et même au microscope on ne voit pas autre chose qu'une infiltration du tissu conjontival par de nombreuses cellules pigmentaires. L'œil gauche est tout à fait sain. La pigmentation n'a fait qu'augmenter depuis six mois et elle envahit toute la cornée. Si la marche continue à être progressive et aussi rapide, dans quelques mois il faudra procéder à l'énucléation de l'œil et à l'enlèvement de toutes les parties pigmentées de la conjonctive.

Observation XXV (Martin)

Malade âgée de quarante deux ans. Examen de l'œil droit : Au niveau de l'union de la sclérotique et de la cornée, dans une étendue dépassant la moitié de la circonférence supérieure de cette dernière, la conjonctive est envahie par des dépôts noirâtres plus abondants à la partie externe que du côté du grand angle, où leur épaisseur est d'environ 2 millimètres.

Cette bande mélanique recouvre presque uniquement le tissu cornéen ; elle n'empiète que çà et là sur celui de la sclérotique ; son diamètre varie de 3 à 4 millimètres. La conjonctive sclérale n'est pas injectée : on distingue néanmoins quelques petits vaisseaux dont le diamètre est plus fort qu'à l'état normal et qui se ramifient dans l'épaisseur des dépôts noirâtres. La malade fait remonter le début de l'apparition de ce mal à trois mois environ. Toutefois son œil droit était le siège depuis douze à quinze mois de sensation de grain de sable. En dehors de ces phénomènes subjectifs, l'organe n'a pas souffert. La malade se contenta de consulter un guérisseur qui lui avait donné un collyre. De vives douleurs orbitaires et péri-orbitaires ont éclaté depuis environ trois semaines ; c'est alors que je fus consulté ; je prescrivis une solution d'atropine qui ne tarda pas à calmer les douleurs. La cornée est dépolie ; l'organe a perdu les quatre cinquièmes de sa vision et l'examen intérieur de

l'œil à l'aide de l'ophtalmoscope, difficile à pratiquer par suite du dépoli de la cornée, ne semble indiquer rien d'anormal. Rien à l'œil gauche. L'abrasion totale des dépôts mélaniques étant impossible dans cette forme en nappe, l'énucléation de l'organe va être proposée à la malade.

Observation XXVI (Hutchinson)

Mme S... a toujours eu bonne santé.

A maintenant des rhumatismes chroniques. Présente une tache noire sur la joue droite et alentour plusieurs autres de moindre importance. Sur l'autre joue, quelques taches et deux nœvi.

Observation XXVII (Hutchinson)

Le nommé A..., âgé de soixante-quatre ans. Teint coloré. Les deux paupières inférieures sont couvertes de taches noires. Il l'a bien remarqué depuis déjà plusieurs années. Elles sont groupées en îlots. N'a pas été revu.

Observation XXVIII

(Communiquée par M. le Prof. agrégé W. Dubreuilh).

Mme B..., âgée de soixante-six ans, se présente à la consultation le 20 novembre 1892.

Elle a eu la variole en 1870. C'est à la suite de cette maladie qu'il est resté au niveau de la pommette gauche une petite tache sombre qui s'est graduellement accrue.

On trouve actuellement au-dessus de la pommette gauche une plaque pigmentée de 4 centimètres de largeur transversale sur 3 centimètres de hauteur, arrivant à 1/2 centimètre du bord palpébral. Cette tache est de forme très irrégulière, sa teinte générale est d'un brun sépia mais non pas uniforme. Certaines parties sont brun pâle, d'autres presque noires ; la couleur ne forme pas, comme dans le lentigo, des macules rondes d'une teinte uniforme, mais des ponctuations irrégulières brunes ou noires, isolées ou confluentes, semées sur un fond brun. Il n'y a d'autre altération de la peau que la seule pigmentation; le derme et

l'épiderme ont leur épaisseur et leur souplesse normales ; aucune sensation anormale.

En un point de la plaque pigmentaire, vers son bord externe, on remarque une tache lenticulaire décolorée, plus blanche que la peau normale, avec quelques petites ondulations veineuses.

Sur le reste de la face, on note quelques altérations séniles, mais pas de taches de rousseur, pas d'acné sébacée partielle, pas de dilatations veineuses ; il y a seulement quelques cicatrices de variole, eczéma séborrhéique du cuir chevelu, prurit vulvaire intermittent.

Rien d'analogue dans les antécédents héréditaires.

La malade, qui n'habite pas Bordeaux, ne m'a pas donné de ses nouvelles ; d'où je conclus qu'il n'y a rien de changé dans son état, car je lui avais fait les plus pressantes recommandations de m'écrire s'il survenait quelque chose de nouveau.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les circonstances ne nous ont pas permis d'examiner au microscope les lésions présentées par nos deux malades et la statistique fournie par nos autres observations est incomplète et paraît même contradictoire. L'examen histologique n'a été fait bien complètement que cinq fois chez 17 malades atteints de tumeur. Il a donné les résultats suivants :

Sarcome alvéolaire	2
Sarcome fasciculé	2
Epithélioma	1

Hutchinson a cru rencontrer à peu près également ces deux formes néoplasiques. Nous n'avons pas l'autorité suffisante pour trancher ce débat et nous ne possédons pas un assez grand nombre de documents. Cependant, une interprétation attentive des divers cas déjà cités nous a fait assimiler, au point de vue histologique, les tumeurs en question aux nœvo-carcinomes qui ont donné lieu eux aussi à de si nombreuses discussions.

Les auteurs n'ont pu se mettre d'accord à ce sujet ; les uns considèrent les nœvi dégénérés comme des sarcomes ; pour d'autres, ils ont au contraire une origine épithéliale.

Cornil, après avoir étudié à fond cette question, déclara qu'il n'avait observé que des sarcomes. Virchow fut moins affirmatif, car il avait rencontré les deux formes.

Pour Heurtaux, c'est le sarcome qui domine; au contraire, Robin, Chambard, Picot, Guibout et Renoul penchent pour

l'épithélioma : ce dernier basait son opinion sur 57 examens histologiques.

Unna a particulièrement étudié cette question en 1892, et lui encore penche pour l'épithélioma. Il a vu dans la plupart de ces pièces des cellules réunies en amas, sans tissu conjonctif intermédiaire, et en suivant sur des nouveau-nés le développement des cellules de nœvi il a trouvé que ce développement était celui des cellules épithéliales.

Si nous revenons à nos observations, nous rencontrons la même incertitude, et la nature histologique de la tumeur n'est pas nettement définie.

L'examen de Perchant (Obs. V) a montré de grosses cellules assez irrégulières, renfermant de nombreuses granulations pigmentaires et enveloppées dans un tissu conjonctif très mince et peu abondant. On y rencontrait aussi des corps fibro-plastiques fusiformes.

Chez le malade de Lamarque (Obs. VI), on a conclu à un sarcome mélanique.

Dans l'Observation VII, W. Dubreuilh a trouvé un aspect à peu près semblable : des cellules irrégulières, semées sans ordres, peu serrées, dans un stroma mal défini.

Fromaget a observé dans deux cas des cellules volumineuses, parfois fusiformes, très irrégulières, avec des amas de pigment dans le protoplasma, et a diagnostiqué un sarcome alvéolaire chez l'un, et chez le second un sarcome fasciculé.

En comparant soigneusement ces divers examens histologiques on est frappé d'une chose : c'est que malgré quelques variations de détail qui ont donné lieu à des conclusions différentes, on retrouve toujours un certain nombre de caractères communs.

Nous avons eu sous les yeux les coupes de MM. Dubreuilh et Fromaget. Elles présentent un aspect général à peu près semblable ; sans doute, dans celles de Fromaget, on trouve des cellules allongées et fusiformes, avec des vaisseaux sans parois, mais on en voit aussi de rameuses, d'irrégulières,

moins serrées que dans le sarcome et séparées par d'assez larges bandes conjonctives.

Chez le malade de W. Dubreuilh, par contre, les cellules sont plus grosses, plus irrégulières et parmi cette grande diversité on peut en distinguer aussi d'allongées et même de fusiformes.

S'agit-il d'une variété d'épithéliome ou d'un sarcome à type assez particulier ?

Ou bien se trouve-t-on en présence d'une même forme, dans laquelle l'interprétation seule a différé dans ces divers cas.

C'est ce qui nous paraît le plus probable. On a signalé d'ailleurs des types de cancer de la peau à structure irrégulière et mal connue.

Billroth et Rindfleisch ont même observé une forme intermédiaire à l'épithéliome et au sarcome : forme essentiellement variable et irrégulière, caractérisée par de grosses cellules à bords déchiquetés, peu serrées, entourées d'un stroma conjonctif constituant comme des cloisons intercellulaires et se rapprochant, en somme, beaucoup du sarcome alvéolaire.

Nous n'avons pas cru pouvoir trancher définitivement la question ; nous avons résumé en quelques mots la discussion relative aux nœvi dégénérés : on peut soulever le même débat au sujet du lentigo malin, car les tumeurs sont identiques.

Autrefois la tendance générale était en faveur de l'épithélioma; Hutchinson paraît l'avoir rencontré un peu plus souvent chez ses malades.

Peut-être y a-t-il aujourd'hui une tendance contraire, encore peu accusée. Tout ce que nous pouvons en dire, c'est que, d'après l'interprétation que nous avons donnée aux derniers examens histologiques et aux coupes qui sont passées sous nos yeux, la prédominance appartiendrait au sarcome à type alvéolaire et irrégulier.

DIAGNOSTIC

Lorsque le lentigo malin est arrivé à une période avancée de son évolution, il est facile de le distinguer des autres affections similaires; ses caractères spéciaux, étudiées longuement dans un précédent chapitre permettent d'établir d'une manière certaine son individualité clinique.

Il n'en est pas de même au début, alors que la pigmentation est le seul phénomène observé et que nul accident ne vient faire songer à la possibilité d'un néoplasme. A ce moment-là, on peut confondre aisément les taches séniles lenticulaires avec bon nombre d'autres mélanodermies que nous allons passer rapidement en revue.

Cette confusion est d'autant plus facile que la biopsie ne peut être faite à cause de la précipitation qu'elle donnerait à la marche de l'affection cutanée : nous venons de voir d'ailleurs combien est incertain l'examen histologique de ces lésions. La distinction ne peut donc reposer que sur une connaissance assez complète des principales affections qui peuvent induire en erreur.

Parlons d'abord des nœvi pigmentaires, qui se présentent aussi sous forme de taches et quelquefois sous forme de tumeur. Ces taches sont de coloration moins foncée, souvent chamois ou jaunâtre. Leur teinte est uniforme pour chacune en particulier, mais elle peut varier sensiblement d'une tache à l'autre sur le même sujet. On en voit de disséminées sans ordre; souvent aussi elles sont disposées en semis, du volume d'une lentille environ. Elles apparaissent surtout dans l'enfance, peuvent s'accroître ou même dispa-

raître avec l'âge, mais elles n'ont aucune tendance à se déplacer, pas plus qu'elles ne présentent des variations de teintes. Elles sont fréquentes au visage, mais siègent aussi un peu par tout le corps et aux membres supérieurs. A leur niveau, la peau est légèrement saillante et rugueuse au toucher, souvent garnie de poils. Tous ces caractères sont bien différents de ceux du lentigo malin.

Lorsque la pigmentation est un peu moins foncée, elle se rapproche de l'argyrie au point de faire naître quelques doutes. Mais cette affection est extrêmement rare et, si le sujet ne manipule pas de sels d'argent et n'en fait aucun usage thérapeutique, elle peut être éliminée de suite : la peau devrait d'ailleurs être luisante, ardoisée ou grisâtre, par suite du dépôt de petits grains d'argent dans le derme.

La teinte est aussi plus diffuse et bleuâtre dans le tatouage et les diverses sortes d'ecchymoses.

Au moment où la tumeur se développe, le diagnostic se limite aux nœvi dégénérés que nous venons de différencier et au xéroderma pigmentosum.

On peut en terminant dire un mot sur le sarcome multiple des extrémités, bien que les différences l'emportent de beaucoup sur les analogies.

Le xéroderma pigmentosum décrit par Kaposi en 1882 et étudié par Vidal sous le nom de mélanose lenticulaire progressive, a quelque analogie, tout au moins dans sa phase initiale. Mais les taches, plus nombreuses, sont plus étendues et présentent une teinte bistrée plus foncée. Le visage et les membres, surtout dans leurs parties découvertes, sont comme criblés de taches rougeâtres, un peu saillantes. La peau est atrophiée et présente de nombreuses dilatations vasculaires.

La tumeur est presque toujours sarcomateuse. Dans les cas douteux, on pourrait noter l'existence simultanée de la même affection chez plusieurs enfants de la même famille et le début symétrique aux deux mains et aux deux pieds. En deux ou trois ans tout le corps est envahi.

Le sarcome multiple des extrémités s'en différencie par sa définition même, c'est-à-dire par sa localisation aux mains et aux membres inférieurs et par le nombre plus considérable des taches pigmentaires et des tumeurs qui apparaissent aussitôt après. Il y a donc cinq signes qu'il faut toujours avoir présents à l'esprit lorsque l'évolution d'une mélanodermie quelconque offre quelque incertitude.

1° La coloration particulièrement noire de la tache;

2° Sa localisation au visage;

3° Sa longue période de bénignité;

4° Sa tendance à se déplacer ou même à disparaître;

5° L'intégrité de l'épiderme pigmenté.

Ces signes constituent un véritable syndrome du lentigo malin.

PRONOSTIC — TRAITEMENT

Avant de porter un pronostic, il est bon de s'affranchir d'un préjugé populaire qui veut que toutes les affections mélaniques soient particulièrement malignes.

Personnellement, nous apprécierons la gravité du lentigo malin en nous basant uniquement sur les 28 cas que nous avons pu recueillir. Chez 11 de ces malades, nous ne trouvons guère qu'une pigmentation anormale persistant indéfiniment, d'aspect plus menaçant peut-être qu'une vulgaire tache de rousseur, mais ne présentant pas plus de gravité.

Chez les 17 autres sujets, cette pigmentation, après une période plus ou moins longue, a été le point de départ d'un néoplasme. Au point de vue de la terminaison, ces cas peuvent se répartir ainsi :

Non opérés et perdus de vue......	6 (VIII, IX, X, XIV, XVI, XVII).
Opérés et perdus de vue..........	1 (Obs. XI).
Opérés et perdus de vue, mais avec fâcheux pronostic............	2 (Obs. II, XII).
Opérés sans récidive.............	2 (Obs. XIII, III).
Récidives.......................	4 (Obs. IV, V, VI, VII).
Morts avant l'intervention........	1 (Obs. I).
Cas très douteux................	1 (Obs. XV).

Nous voyons d'abord que six cas seulement font pencher la balance en faveur de la malignité. Nous devons noter aussi qu'une grande partie des malades opérés l'ont été avec un pronostic plutôt fâcheux. Plusieurs d'entre eux n'ont plus donné de leurs nouvelles. Chez ceux que l'on a pu suivre,

les récidives ont été fréquentes, presque de règle. Le malade de Fromaget a été opéré quatre fois (Obs. IV).

Enfin, on a noté deux cas de guérison, l'un chez le malade opéré par Fromaget en septembre 1899 et dont nous avons eu ces jours-ci les meilleurs renseignements; l'autre, chez un malade d'Hutchinson (Obs. XIII), qui a guéri après plusieurs récidives.

On peut dire que cette affection n'est donc pas toujours aussi maligne que son nom paraît l'indiquer et que certains auteurs l'avaient prétendu. Lassar avait déclaré toute intervention inutile et même nuisible, et si nous avons insisté un peu sur le pronostic, c'est pour bien établir l'attitude que doit prendre le chirurgien en face d'une affection de cette nature.

Son rôle, comme toujours, est d'être éclectique. Il faut d'abord savoir distinguer à quelle période se trouve l'affection, et baser le mode de traitement d'après l'évolution de la tache mélanique.

Si elle ne s'accompagne d'aucun phénomène inflammatoire, si aucune tumeur n'apparaît auprès d'elle, l'intervention nous paraît absolument contre-indiquée.

La cautérisation elle-même est dangereuse et les topiques irritants ne feraient qu'accélérer la marche du mal. On a affaire dans ce cas à une forme de lentigo malin qui peut être rangée dans la catégorie des *noli me tangere* qui ne s'accroissent que si on les touche.

Mais, au contraire, lorsque la tache noire s'accompagne d'une tumeur à développement rapide, il faut intervenir de suite.

Il n'est pas question ici, bien entendu, de traitements médicaux, ils sont tous illusoires, nuisibles même puisqu'ils font perdre un temps précieux.

Une intervention large et radicale s'impose. Sans doute elle n'empêche pas toujours la récidive, mais il suffit d'un cas heureux ou même d'une simple chance de survie pour légitimer l'extirpation. Or, parmi les malades opérés depuis

quelques années, nous avons pu contrôler deux cas où la guérison paraît définitive.

C'est plus qu'il n'en faut pour faire de l'extirpation en pareil cas une règle générale. C'est pour cette raison que nous avons décidé le malade de l'Observation II à se faire opérer d'urgence, car si l'envahissement ganglionnaire est commencé, il rend plus sombre le pronostic, mais il n'est pas suffisant pour fournir une contre-indication.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de notre modeste travail nous avons cru pouvoir dégager les conclusions suivantes :

I. — Un certain nombre de faits ont permis d'étudier l'allure tout à fait particulière d'une pigmentation anormale de la face et de la conjonctive, déjà décrite par Hutchinson sous le nom de « lentigo infectieux des vieillards ».

II. — Ces taches de coloration très foncée ont un début lent et insidieux ; elles peuvent persister indéfiniment, se déplacer ou même disparaître complètement.

III. — Souvent elles dégénèrent à un moment donné en une forme particulièrement maligne de cancer.

IV. — On voit une ou plusieurs tumeurs apparaître sur la plaque pigmentaire ou mieux encore dans son voisinage.

V. — Ces tumeurs sont généralement peu pigmentées au début, mais leur récidive et les ganglions consécutifs sont presque toujours très noirs.

VI. — Au point de vue histologique, elles sont tout à fait comparables aux tumeurs mélaniques développées sur des nœvi, et dont la nature épithéliomateuse ou sarcomateuse a été longtemps et est encore l'objet d'une discussion non encore close.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse.
LANELONGUE.

Vu : *Le Doyen,*
B. DE NABIAS.

Vu, et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 8 juillet 1903.
Le Recteur de l'Académie.
G. BIZOS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BÆZIGER. — Melano-sarcome du limbe. *Correspond Blatt.*, mai 1889.

BALZER. — Bulletin de la Soc. franç. de Dermat. et Syph., Paris 1897; p. 388.

BARRÉ. — Thèse de Paris 1889.

BAUMGARTEN. — Melano-sarcome conj. *Arch. für Augenheilkunde*, 1875.

BAYET. — *Annales de Dermatologie*, 1895. — *Journal de médecine et de chirurgie de Bruxelles.* — *Journal des maladies cutanées*, 1895.

BILLROTH. — Pathologie chirurgicale générale, 1887.

BIMSENSTEIN. — Thèse de Paris 1879.

BOUSQUET. — Bulletin de la Société d'Anatomie de Paris, 1877, p. 602.

CARNOT. — Thèse de Paris 1896.

CHANAUD. — Thèse de Bordeaux 1899-1900.

CLAVELIER. — *Archives méd. de Toulouse*, 1895.

COYNE. — Anatomie pathologique.

DELISLE. — Thèse de Paris 1898.

DEMONS. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1900.

Dictionnaire de Dechambre et Jaccoud.

DOR. — Société des sciences médicales de Lyon, 1878.

DUBREUILH W. — Société de Dermatologie, 1894. — Travaux de la Clinique de Dermatologie de Bordeaux, 1894. — Précis des maladies de la peau. — *Annales de Policlinique.* — Mémoires et Bull. de la Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux, 1893-1894. — *Annales Derm. et Syph.*, Paris 1894. — Bulletin de la Soc. franç. de Derm. et de Syph., 1894.

FANO. — Traité des maladies des yeux. *Gazette des Hôpitaux*, 1872.

FERGUSSON. — *The Lancet*, 1863.

FLOUS. — Thèse de Bordeaux 1898.

FROMAGET. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1900.

FROMAGET et CABANNES. — *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1895.

GALLENGA. — *Gaz. delle Cliniche*, 1884.

GAUCHER. — Bulletin de la Soc. franç. de Derm. et de Syph., 1897.

GORGON. — Epithéliomatose et sarcomatose mélanique. Thèse de Paris 1896-1897.

Heurtaux. — Dictionnaire Jaccoud. Art. « Mélanose ».

Hugues. — Thèse de Paris 1889-1890.

Hutchinson. — *Archives of Surgery,* t. I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII. Congrès de Vienne 1892. — Medical Soc. of. London, 1892. — *The Lancet,* 1892. — Lectures on clinic Surgery, London 1879. — Trans. Med. Soc. London 1891-1892.

Kaposi. — Pathologie et traitement des maladies de la peau. Traduit par Besnier et Doyon.

Lagrange. — Etude sur les tumeurs de l'œil, 1893. — Précis d'ophtalmologie, décembre 1901.

Lamarque. — Tumeur mélanique avec tache se déplaçant. *Journal de médecine de Bordeaux,* décembre 1888.

Lassar. — *Annales de Dermatologie,* 1894.

Lustgarten. — Case of hyperpigmentation of the skin. *Journal des maladies cutan. et syph.,* 1895, et *Journal cutan. g. n. dis.,* 1895, et *New York Dermat. Soc.,* 1895.

Martin. — *Journal de médecine de Bordeaux,* 1882.

Marzin. — Thèse de Bordeaux 1895.

Meissner. — Mélano-sarcome. *Annales de Dermatologie,* 1894.

Nicolas du Plantier. — Thèse de Bordeaux 1895.

Pauzier. — Sarcomatose cutanée. Thèse de Paris 1898.

Péan. — Tumeurs mélaniq. Leçons de clinique chirurgicale, Paris 1882.

Quinquaud. — Congrès de Dermat. et Syph., Paris 1889.

Renoul. — Epithélioma sur nœvi. Paris 1891-1892.

Rindfleisch. — Histologie pathologique.

Roux. — Thèse de Paris 1898-1899.

Subert. — Thèse de Paris 1898-1899.

Testelin. — Tumeur mélanique de la conjonctive. *Gazette des Hôpitaux,* 1857.

Thévenin. — Sur un cas de mélanodermie. *Journal des maladies cutanées et syph.,* 1898.

Thou. — Mélanose orbitaire. Thèse de Paris 1879.

Unna. — N. und Nœvo-Carcinome. *Berl. klin. Wochensch.,* 1893.

Unna. — Die Epithel. natur. der Nœvuszelle. *Deuts. Medizinische Zeit.,* 1897.

Van Houte. — Thèse de Paris 1888-1889.

Virchow. — Traité des Tumeurs.

Vulpian. — Mélanodermies. Thèse de Paris 1896.

De Wecker et Landolt — Traité d'Ophtalmologie.

Bordeaux. — Imprimerie du Midi, P. Cassignol, 91, rue Porte-Dijeaux.